

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie
25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. S. MESTIRI — B. HAMZA — R. BEN BRAHEM —
A. CHADLY — A. KHALFAT — L. BENAÏSSA — Ch. TABBANE
— M. ABDELMOULA — P. BIERENT — J. BOUJENAH —
A. CHARRAD — M^{me} J. DAUD — MM. A. FOURATI —
A. HAGEGE — L. MOATTI — H. RAIS.

Rédaction : Ch. TABBANE

Administration : Dr Amor KHALFAT
M^{me} DOUIEB

— 0 —



Griséfuline

(GRISEOFULVINE)

Un nouvel antibiotique actif et bien toléré pour
le traitement des :

- ❖ teignes
- ❖ mycoses cutanées superficielles et profondes
- ❖ mycoses interdigitales
- ❖ onychomycoses

Comprimés sécables dosés à 250 mg de Griséfuline
(flacons de 32 comprimés).

Adultes : dose moyenne : 1 g par jour, soit 4 comprimés
en deux prises au début des repas.

Enfants : 0,250 à 0,500 g par jour, soit 1 à 2 comprimés
en deux prises au début des repas.

SOMMAIRE (1^{re} Partie)

—0—

Discours de M. le Docteur Fourati, Président sortant	7
Compte-rendu des élections du Bureau de la Société Tunisienne des Sciences Médicales (1960)	10
Le coma myxoédémateux. Relation d'un cas guéri, par MM. Naceur HADDAD, Marcel VANDELICH, Armand SAFFAR et Charles ZÉRAH	11
Le problème de l'assiduité dans le traitement extra-hospitalier de la Tuberculose pulmonaire, par M. Pierre CHAULET, Chef de Service à l'Hôpital E. Conseil	23
Premiers résultats du traitement de la tuberculose pulmonaire par le Tréacator, par M. A. ZAÏMI	47
Traitement des abcès du poumon, par M. Abderrahman KAMOUN	53
Contribution à la lutte antituberculeuse : dépistage bactériologique de masse rapide et efficace en vue de l'éradication des foyers d'infections, par M. Ch. PÉREZ	57

Melleril 10

dragées dosées à 10 mg. de thioridazine

détend le corps et l'esprit

1 à 2 dragées

3 fois par jour aux repas

LABORATOIRES SANDOZ, S. A. R. L. : 6, rue de Penthièvre, PARIS-8^e

Dépositaire général : O. S. P. : 10, rue Amilcar, TUNIS

OPO-VEINOGENE

Traitement physiologique de la maladie veineuse et des troubles circulatoires

Indications

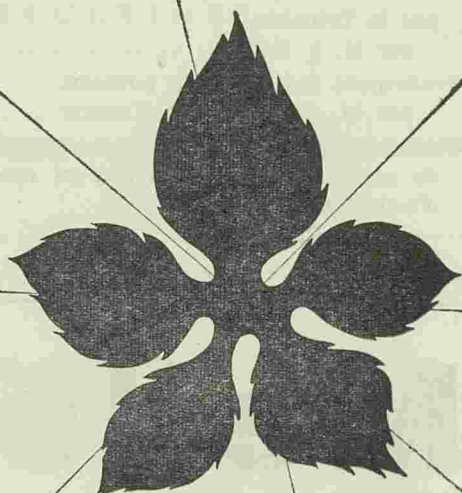
Troubles de la circulation de retour.
Insuffisance veineuse et ses manifestations vasculaires.

Présentation

Ampoules buvables.
Boîte de 12 et coffret de 24 ampoules.

Posologie

1 ampoule de préférence le matin
à jeun dans un peu d'eau.



A base de pigments anthocyaniques de
la feuille de vigne rouge.

1.200 gammas de vitamine P native
par ampoule.

LABORATOIRES

Biosedra

S. A., 28, RUE FORTUNY - PARIS-17^e - TÉL. CAR. 20-22, 23

USINE A MALAKOFF

TUNISIE : R. FALDINI — 6, Rue, d'Avignon — TUNIS

SOMMAIRE (2^{me} Partie)

— 0 —

INFORMATIONS :

Cours de Perfectionnement pour Médecins Etrangers	81
Prix O. R. L. Chibret 1960 — V ^e Année	63
Journées obstétricales et stage de perfectionnement de la Faculté de Médecine de Lyon	65
Livres reçus — Analyses — Annonce	66

— 0 —

Ed. de CARQUOIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISE



- PLAIES ATONES
- ESCARRS
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.
Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.
Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.

ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

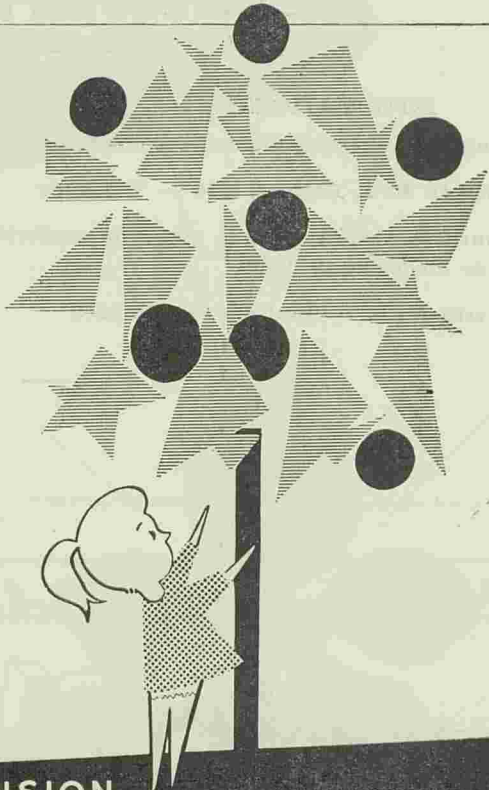
LABORATOIRE SÉVIGNÉ-R. MAURY, Ph. 76, r. des Rondeaux - PARIS



STABLE
PRÊTE A L'EMPLOI
GOUT DÉLICIEUX DE
FRAMBOISE ET D'ABRICOT



Toutes les indications
du Chloramphénicol en Patiridée



LAMARCA L'YON - 28

SUSPENSION AU PALMITATE DE
CHLORAMPHÉNICOL
A 3,65% SARBACH

*
REMBOURSÉE A 90 %
PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
AGRÉE PAR L'A.M.G.
LES HOPITAUX ET LES COLLECTIVITÉS

P.C. 14

ALGERIE : Ets PHARMOFFICE — 1, Boulevard Bugeaud — ALGER
TUNISIE : PROPHARMA — 4, Pas. d'Elbe (43, R. Moktar Attia) — TUNIS
MAROC : Sté INTERFAR — 9-11, Rue de Colmar — CASABLANCA

DISCOURS DU DOCTEUR FOURATI

Président sortant

MES CHERS CONFRÈRES,

Au terme de cette année où j'ai eu l'honneur d'être Président de notre Société, il m'est agréable de vous dire tout le plaisir que j'ai éprouvé à diriger vos débats vivants et toujours intéressants.

— Je vous remercie encore une fois de votre confiance et de votre amitié.

— Mes remerciements vont aussi à tous les membres du Comité qui n'ont cessé de m'apporter un concours affectueux et constant.

— Mes chers Confrères, nos réunions ont débuté cette année par une séance inaugurale en présence des deux Secrétaires d'Etat à l'Education Nationale et à la Santé Publique qui sont venus témoigner de la constante sollicitude du Gouvernement pour les travaux de notre Société.

— Ces réunions se sont poursuivies régulièrement et chacune de nos séances a été riche en communications intéressantes qui donnèrent lieu à des discussions parfois vives, mais toujours courtoises.

Le Comité s'est proposé de réserver chaque année une ou plusieurs séances consacrées aux Acquisitions Récentes.

La Corticothérapie fut le sujet traité cette année, un rapport a été fait par le Dr HADDAD Naceur, des discussions intéressantes l'ont suivi. Nous avons pu ainsi constater le gros intérêt de cette formule, formule que nous encourageons.

— Nous avons reçu comme par le passé d'éminents conférenciers, il m'est agréable de rappeler leur nom :

Le Professeur J. VAGUE, de la Faculté de Médecine de Marseille, un des premiers endocrinologistes de France, nous a exposé ses idées sur la Prophylaxie du diabète et sur la Physiologie et le traitement de la ménopause.

Le Professeur H. DE WATTEVILLE, invité par la Société de Gynécologie et d'Obstétrique, a donné de remarquables leçons sur le diagnostic et le traitement de l'avortement habituel, le diagnostic et le traitement du cancer du col utérin, et l'influence de la nutrition sur le fœtus.

Le Docteur CAROLI nous a entretenus des procédés modernes de diagnostic des tumeurs de l'hypochondre droit, et du diagnostic diffé-

Encore un ?
ANALGÉSIQUE

OUI...
mais



Traitement
NOUVEAU

COMPRIMÉS ANALGÉSQUES
CEPHYL



INDICATIONS

GÉPHALÉES - MIGRAINES - NÉVRALGIES - SCIATIQUES
DOULEURS RHUMATISMALES - RÈGLES DOULOUREUSES

ACTION IMMÉDIATE

Phénacétine	0,14
Caféine	0,04
Ac Acétyl salicyl	0,10



ACTION PROLONGÉE

Gelsemium	6
Spigelia	6
Iris versicolor	6
Nux vomica	6
Belladonna	6

Demandez-nous des échantillons.

LABORATOIRES P.H.R. - 38, RUE THOMASSIN - LYON - TÉL. GA 12-17

rentiel des hépatites. Ses conférences ont été du plus grand profit et aussi du plus grand attrait.

Le Professeur Agrégé C. COUINAUD a fait deux leçons d'une haute tenue scientifique : l'une sur les hépatectomies réglées, l'autre sur les sténoses intra-hilaires.

Le Professeur P. CAZAL, de l'Institut d'Hématologie de Montpellier, nous a fait un exposé très documenté sur les gamma globulines et anticorps : applications thérapeutiques, et les affections hématologiques par auto-immunisation.

Enfin, le Professeur J. ROCHE, nous a entretenus de ses recherches personnelles sur la Physiologie de la glande thyroïde. Je voudrai le remercier particulièrement de l'aide et du soutien qu'il a toujours accordé à notre Société. Il a beaucoup contribué, en effet, à l'organisation de cet enseignement et a mérité ainsi largement l'hommage et la gratitude des médecins de Tunisie.

— Au cours de cette année s'est tenu le Colloque Maghrébin d'Ophthalmologie. Il attira à Tunis des ophtalmologistes de réputation mondiale.

Les Journées d'Ophthalmologie ont été particulièrement brillantes, tant par l'excellence de l'organisation que par la richesse et la valeur des rapports et travaux qui y furent présentés et discutés.

* * *

Voici, mes chers Confrères, un rapide aperçu de l'activité scientifique de notre Société dont les travaux sont régulièrement imprimés et diffusés par « La Tunisie Médicale ».

Au cours de cette année, votre Comité a acquis avec l'Ordre des Médecins, un immeuble Rue de Russie où notre Société sera confortablement installée l'année prochaine.

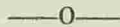
J'ai le devoir d'évoquer le souvenir de ceux qui ne sont plus et leur adresser une pieuse pensée. Quatre des nôtres nous ont quittés : les Drs BRUGAIROLLE, DOUIEB, EL FAZAA et GUEDANA. Je salue respectueusement leur mémoire et je tiens à apporter à leurs parents et amis l'assurance que leur souvenir est vivant parmi nous.

De nombreux jeunes confrères sont venus s'inscrire parmi nous. Nous comptons beaucoup sur eux pour nous aider à entretenir l'activité de notre Société.

Je voudrais avant de quitter cette présidence vous inviter tous à continuer à faire vivre notre Société. Vous savez qu'elle est ouverte à tous nos confrères désireux d'échanger leurs idées et d'exposer leurs travaux; notre seul souci doit être le progrès et la grandeur de la Médecine tunisienne.

Je ne terminerai pas sans adresser à Monsieur le Président de la République l'assurance de notre fidèle attachement et notre respectueuse reconnaissance pour sa sollicitude et ses précieux encouragements à notre Société.

Compte-Rendu des Elections du Bureau de la Société Tunisienne des Sciences Médicales (1960)



Les élections pour le renouvellement du Bureau de la Société Tunisienne des Sciences Médicales pour l'année 1960 ont eu lieu le 18 décembre à 18 h. 30 à la Maison du Médecin.

35 membres présents ont participé au vote.

24 suffrages exprimés.

6 bulletins blancs. 5 bulletins nuls.

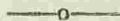
Ont été élus à la majorité statutaire les 3/4 des suffrages exprimés :

<i>Président</i>	: MESTIRI Saïd
<i>Vice-Président</i>	: HAMZA Béchir
<i>Secrétaire Général</i>	: BEN BRAHEM Raouf
<i>Secrétaire Adjoint</i>	: CHADLY Amor
<i>Trésorier Général</i>	: KHALFAT Amor
<i>Trésorier Adjoint</i>	: BENAÏSSA Laroussi
<i>Bibliothécaire</i>	: TABBANE Chadly
<i>Conseillers</i>	: FOURATI Ali
»	CHARBAD Abdelmajid
»	RAIS Hédi
»	DAOUD Jacqueline
»	MOATI Léon
»	HAGÈGE André
»	ABDELMOULA Moncef
»	BIÉRENT Paul
»	BOUJENAH Joseph

Un deuxième tour de scrutin sera nécessaire pour élire un Trésorier Adjoint.

Le Bureau de vote :

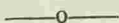
HAYAT Israel AMMAR Sleïm CHARBAJI Mohamed



Le coma myxœdémateux. Relation d'un cas guéri

par MM. Naceur HADDAD, Marcel VANDELICH

Armand SAFFAR et Charles ZÉRAH



Autant la fréquence des comas d'origine endocrinienne reste grande parmi les causes générales de coma, autant le coma myxœdémateux, même envisagé dans le cadre des comas endocriniens, est rare : on n'en a pas publié trente cas. C'est parce que nous avons eu l'occasion d'en soigner un et la bonne fortune de le guérir que nous en faisons la présente relation. Ce serait le 9^e cas, guéri, mondial.

La malade, Fatma-Chérifa bent A... D..., âgée de 65 ans, était habituellement en bonne santé bien qu'elle se fût empâtée et eût restreint son activité en raison de son âge, de l'amaigrissement de sa vitalité et d'un fonds de dyspnée attribué à sa corpulence et au mauvais état de son cœur. Elle était devenue frileuse et quand on lui proposa d'aller aux thermes d'Hammam-Lif, elle s'y rendit en cure; mais elle n'y demeura que deux jours, ayant, tôt, contracté un léger refroidissement et ayant été prise de frissonnements. Elle réintégra donc son foyer le dimanche 17 janvier au soir, se mit au lit et parut si fatiguée, le lendemain, qu'on appela un médecin; celui-ci prescrivit de la thévétine et de la chlorothiazide. Son état ne donna aucune inquiétude à son entourage en dépit de son abattement et de ses plongées dans le sommeil, mais quand on la vit sombrer le mardi dans un sommeil continu et n'en pas sortir le mercredi, n'ayant conscience de rien, urinant sous elle et ne déglutissant que passivement quelques gorgées d'eau ou de bouillon, alors on craignit pour sa vie; nous la vîmes pour la première fois le 20 au soir.

Elle était lourdement étalée sur le dos, absolument inconsciente et ronflait de manière continue; toutefois, la respiration était régulière, rythmée par la respiration très bruyante; la mâchoire était tombante laissant la bouche à demi-ouverte. Les pupilles en mydriase modérée réagissaient bien à la lumière. Les quatre membres se laissaient soulever et retombaient lourdement sur le plan du lit. Les réflexes ostéo-tendineux étaient présents, mais très faibles et l'excitation de la plante du pied ne donnait lieu à aucun mouvement des orteils. La piqûre des téguments à l'épingle ne suscitait aucun retrait des membres, aucune réaction de défense.

Pour rendre l'auscultation possible, il fallut trois personnes pour asseoir et maintenir assise cette grosse femme ventripotente; l'auscultation, d'ailleurs, n'apporta aucun élément intéressant tant l'encombrement couvrait le murmure vésiculaire et les bruits du cœur;

néanmoins, la tension artérielle put être enregistrée à 10/7 et le pouls décompté à 40. Enfin, il y avait un globe vésical.

Devant ce tableau de coma complet, durable, avec bradycardie régulière, sans le moindre signe neurologique en foyer, sans raideur de la nuque, sans anamnestiques, s'imposèrent alors les éléments suivants :

- l'absence de fièvre et même l'hypothermie, peut-être, car la peau était partout froide;
- les caractères de cette peau : froide, mais sèche et comme infiltrée, pâle;
- la raréfaction des cheveux et des poils axillaires et pubiens;
- enfin, l'aspect un peu bouffi du visage.

Pour ces raisons, en l'absence même de toute anomalie morphologique du corps thyroïde, nous formulâmes l'hypothèse fragile de coma myxoédémateux chez une hypothyroïdienne méconnue; cette rareté comportait du moins une attitude thérapeutique immédiate et simple. On conseilla donc de pratiquer un dosage du cholestérol et d'appliquer le traitement suivant : 3 comprimés d'extrait thyroïdien à 5 cg par jour, des injections d'extrait de foie, un sondage de vessie.

On nous communiqua, le lendemain, le résultat du dosage du cholestérol total : 3 g, et l'on nous annonça que la malade n'avait pu ingérer les comprimés même en solution. Nous recourûmes alors à la thyroxine injectable, soit une ampoule matin et soir.

Le samedi 24 janvier, 5^e jour depuis le début du coma, on nous informa que la malade répondait aux excitations, acceptait de boire et semblait avoir conscience des présences humaines. Nous réintroduisîmes alors l'extrait thyroïdien en diminuant de moitié la dose de thyroxine.

Le mercredi suivant (27 janvier), la malade semblait être sortie de son coma, mais elle manifestait, nous dit-on, une grande confusion : elle, si mesurée à l'ordinaire, si effacée les derniers temps, était très agitée, tenait en particulier des propos décousus et inhabituellement orduriers. Craignant un surdosage médicamenteux, désireux de compléter sous surveillance médicale attentive une cure à laquelle avait prélué un scepticisme raisonnable, désireux aussi de mieux assoir le diagnostic et de mieux suivre l'évolution grâce aux épreuves usuelles, nous pûmes obtenir de la famille que la malade fût transportée à l'hôpital. La malade ne nous parut pas aussi agitée qu'on nous l'avait dit; plutôt confuse et apathique, incapable de subvenir seule à ses besoins. Pourtant, le pouls s'était accéléré, atteignant 60, la T. A. étant à 12/8, la température à 37,5.

CHATEL - GUYON

SAISON DU 10 MAI AU 30 SEPTEMBRE

AUVERGNE (Puy-de-Dôme) — Altitude 400 m.
400 km. de PARIS

Voitures directes — Express thermaux — PARIS et MARSEILLE

Aéroport CLERMONT — AULNAT

CHATEL-GUYON possède les eaux les plus riches du monde en chlorure de magnésium assimilable.

CHATEL-GUYON s'adresse aux affections de l'intestin, constipation, côlites, dysenteries, diarrhées, séquelles d'appendicite.

La cure de **CHATEL-GUYON** est particulièrement active contre les troubles intestinaux des enfants à tous les âges. Elle s'oppose à l'anaphylaxie et améliore l'état général.

CHATEL-GUYON combat la colibacillose en empêchant la stase et les fermentations intestinales, en cicatrisant les muqueuses et en supprimant les foyers de résorption.

CHATEL-GUYON est cholagogue, corrige l'insuffisance hépatique et la stase vésiculaire.

CHATEL-GUYON est la station idéale de l'amibiase et des entéro-côlites coloniales.

CHATEL-GUYON combat l'embonpoint.

CHATEL-GUYON toujours à l'avant-garde du progrès, ne cesse de moderniser et de perfectionner ses établissements et leur équipement. Il s'est ainsi placé au premier rang du thermalisme mondial.

Ses installations complémentaires nouvelles permettent de traiter avec succès : les troubles rhinopharyngés, la cellulite et de donner avec une efficacité indiscutable les soins gynécologiques. Tous traitements électriques, etc...

A domicile boire **CHATEL-GUYON** « Gubler », eau de cure;

CHATEL-GUYON « Légère », eau de table.

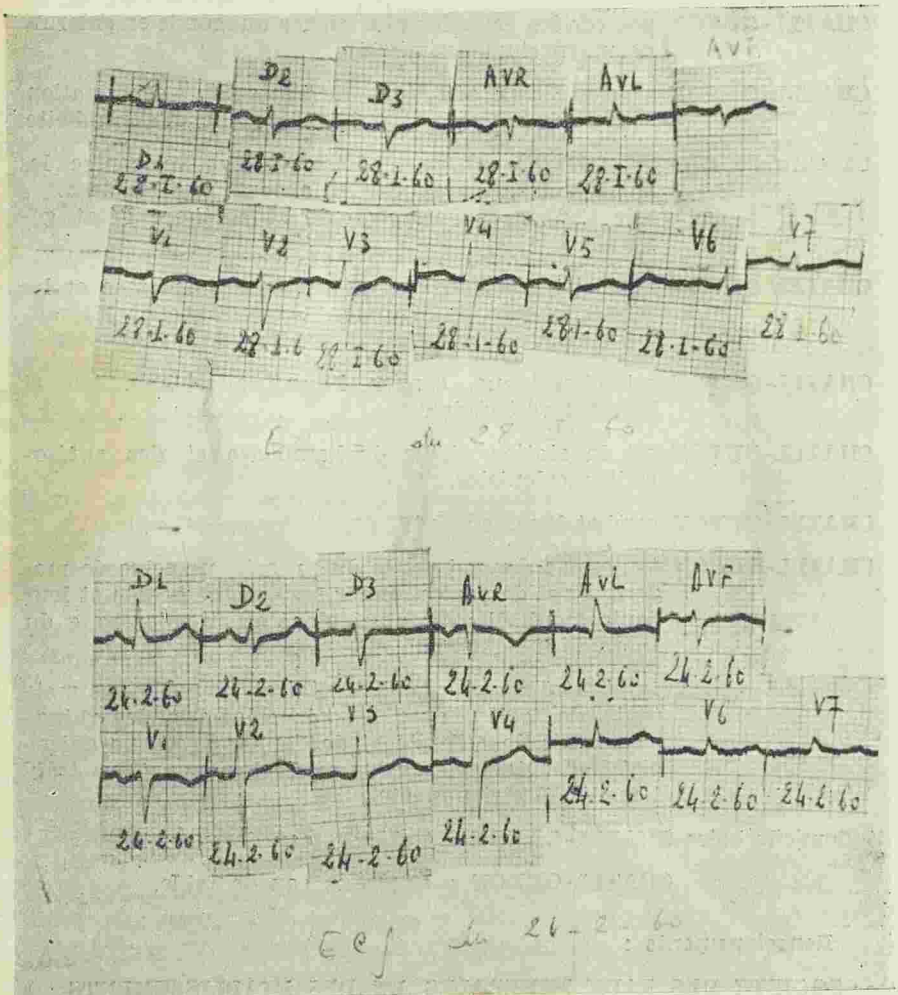
Renseignements :

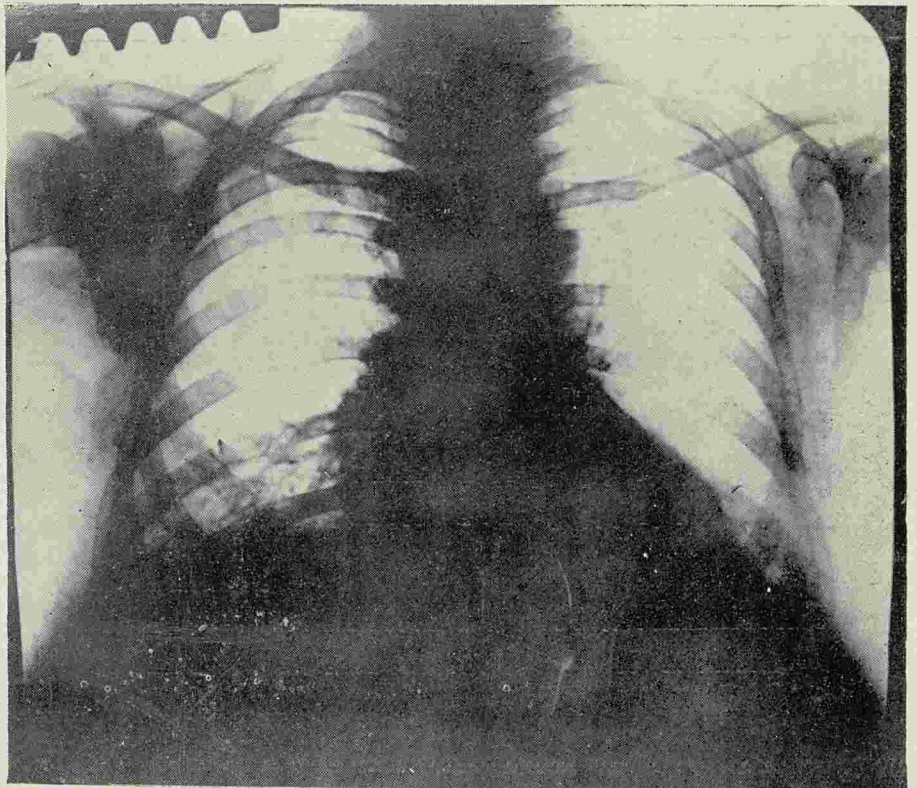
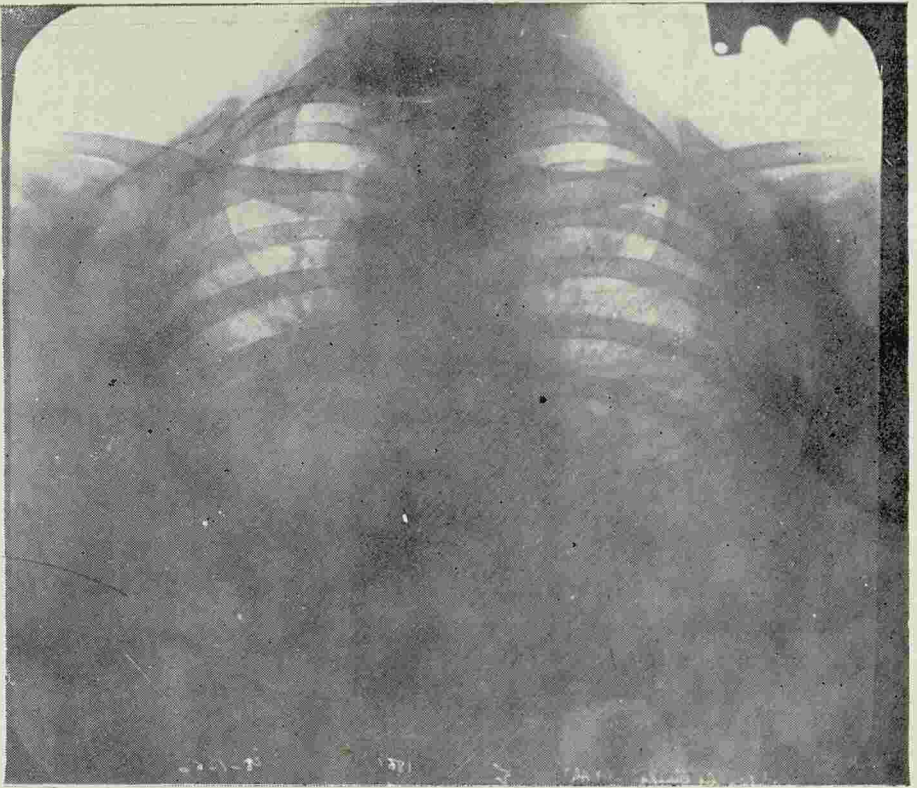
SOCIETE DES EAUX MINERALES ET DES ETABLISSEMENTS

THERMAUX « GRANDS THERMES » — CHATEL-GUYON

Du 31 janvier au 5 février, l'éveil s'améliora, mais le pouls atteignit le taux de 90 et la température monta à 38,5 : cela nous contraignit à arrêter définitivement la thyroxine et à surseoir, du 3 au 13 février, à l'administration des extraits.

L'amélioration, dès lors, fut régulière et continue. La malade est rentrée, le 3 mars, dans ses foyers, bien équilibrée, sans séquelles. Certaines épreuves, souhaitables, n'ont pas pu être pratiquées : celle de fixation de l'iode radio-actif parce que cette méthode n'était pas encore à notre disposition, et l'E.E.G. pour des raisons de mauvaise organisation sanitaire.







Images Diventricule, Duodéna1



D'autres épreuves ont été pratiquées pour confirmer le diagnostic :

1° L'anémie était certaine, quoique modérée à 3.600.000 G. R. avec 6.000 G. B., 43 P. N., 1 Eosino, 53 Lympho. et 4 Monocytes, la valeur globulaire étant supérieure à l'unité (1,12).

2° Glycémie basse à 0,75 $\frac{0}{100}$.

3° Métabolisme de base, le 9 février, au cours de l'interruption des extraits : il était à moins 17.

Des épreuves de routine, en cas de myxœdème :

— Azotémie : 0 g, 19.

— Urines : traces d'acétone sans aucune autre anomalie chimique et cytologique, acétonurie sans lendemain dès que la patiente put s'alimenter.

— Réserve alcaline : 68 volumes, le 28-1-1960.

— Protides sanguins : 66 g, même date.

— Chlore sanguin : 3,47, même date.

— 17 céto-stéroïdes : 10 mg, 8, le 10-2-1960, soit après une semaine d'abstention thérapeutique.

Une biopsie de peau fut également faite, mais sans aucune donnée remarquable du fait que le prélèvement ne fut pas fixé dans l'alcool, mais dans le Bouin.

Nous souhaitions avoir un lavement baryté pour rechercher le mégacolon fréquemment décrit dans le myxœdème, mais la malade manifesta une constante intolérance à la canule et nous dûmes y renoncer; en revanche, un transit du grêle le 2-2-1960, soit après dix jours de traitement, révéla ce qui nous semble être un énorme diverticule duodénal et une légère distension du grêle, assez difficile à apprécier.

Enfin, un critère sûr est fourni par l'évolution des troubles cardiaques sous l'effet du traitement par les extraits thyroïdiens :

— La bradycardie : de 40 au cours du coma, le pouls passe à 80, puis se régularise à 70.

— L'ombre cardiaque très élargie au point de rendre opaque toute la base gauche avec débord droit, le 28 janvier, devient tout à fait normale le 22 février, soit trois semaines plus tard. A voir les radiographies que voici, la différence est sensible.

— L'E.C.G. du 22 janvier montrait, lui, un rythme lent avec aplatissement de l'onde T, et microvoltage, tout à fait suggestifs d'une péricardite; un mois plus tard, le 24 février, le tracé E.C.G. apparaissait sensiblement normal. Il est très possible, comme le suggère le tracé,



TUNISIE : Ets COHEN-JONATHAN - 55, Av. de Londres — TUNIS

T A B L E A U II

 Assiduité comparée : à la consultation de l'hôpital
 et dans les dispensaires

	A n n é e 1 9 5 8				A n n é e 1 9 5 9			
	A la consultation de l'hôpital		En dispensaire		A la consultation de l'hôpital		En dispensaire	
	malades	%	malades	%	malades	%	malades	%
Groupe I abandon du traitement	48	30 %	80	36 %	29	35 %	80	29 %
Groupe II traitement régulier	74	46 %	83	38 %	46	55 %	123	45 %
Groupe III traitement irrégulier	38	24 %	56	26 %	8	10 %	71	26 %
	160	100 %	219	100 %	83	100 %	274	100 %

ils sont en rapport avec des infirmiers non spécialisés, surchargés de travail, et n'ayant souvent pas de consultations ou de jours de distribution d'antibiotiques réservés aux malades tuberculeux.

La distinction des 3 groupes, suivant le comportement vis-à-vis du traitement, dans les 2 catégories de malades, donne les résultats rassemblés dans le tableau II.

Ces chiffres (3) appellent à leur tour trois séries de remarques :

1° Pour les malades traités à la consultation de l'hôpital :

— Le 1^{er} groupe, des malades qui ne suivent pas leur traitement ne tend pas à diminuer, au contraire même, puisque le pourcentage passe de 30 à 35 %.

(3) Quelques précisions doivent être apportées sur la manière dont ces chiffres ont été établis.

1° Pour la consultation de l'hôpital :

— En 1958, 205 malades avaient été inscrits en « cure ambulatoire » à l'hôpital. Parmi eux, la plupart étaient d'anciens malades, réguliers ou irréguliers, de l'année 1957.

Au 31 décembre, on comptait 6 décès parmi eux; 7 étaient à nouveau hospitalisés et 32 avaient été orientés, après 1 ou 2 mois de traitement à la consultation, vers leur dispensaire de quartier ou de village. D'où le chiffre de 160 que nous avons retenu pour 1958.

— En 1959, de même, les 95 malades en cure à la consultation de l'hôpital se répartissent ainsi : 60 « anciens » de 1958, 35 « nouveaux », sortis du service au cours de l'année 1959.

Parmi eux, un décès, quatre nouvelles hospitalisations et sept malades orientés vers un dispensaire, d'où le chiffre de 83 malades pour 1959.

2° Pour les dispensaires :

— En 1958, 242 malades avaient été orientés (d'emblée ou après un bref intervalle) vers les dispensaires de quartier et de village; 9 d'entre eux étaient à nouveau hospitalisés en décembre.

— En 1959, 286 malades adressés aux dispensaires.

Pour chacune de ces deux années, nous avons soustrait les malades (14 en 1958 et 15 en 1959) adressés au dispensaire anti-tuberculeux de Bab el Kadra, ce qui donne les chiffres respectifs de 219 et 274 au total.

— Pour cette catégorie de malades suivis au dispensaire, nous n'avons disposé que des bilans trimestriels et de leurs résultats, des données de l'interrogatoire et parfois d'une lettre du dispensaire assurant l'assiduité du malade et indiquant les médicaments administrés.

Ces éléments sont moins précis que ceux utilisés pour la première catégorie. Mais l'expérience nous a montré que la régularité des malades, leur réponse aux convocations périodiques était en rapport direct avec leur assiduité dans la poursuite du traitement à domicile.

— On note au contraire un net progrès dans la régularité de ceux qui suivent leur traitement. Pour la première fois, en 1959, le groupe II dépasse les 50 %. Cette progression tient essentiellement à la chute du pourcentage des malades irréguliers : de 24 à 10 %.

— L'action du personnel, le résultat des explications sont donc manifestes : si l'on n'entame pas le nombre des malades qui arrêtent tout traitement à leur sortie, on arrive néanmoins à traiter régulièrement ceux qui ont compris la nécessité du traitement.

2° Pour les malades traités en dispensaire :

— Le progrès est net en ce qui concerne le groupe I. Contrairement à ce qui s'est passé à la consultation de l'hôpital, on constate que le nombre des abandons de traitement diminue.

— Le progrès est non moins net en ce qui concerne les malades traités régulièrement, qui, en 1959, constituent 45 % du total.

— Par contre, l'éducation sanitaire qui a joué favorablement pour la diminution du premier groupe et l'augmentation du second, reste sans effet sur le troisième : même pourcentage de malades irréguliers en 1958 qu'en 1959.

3° Si l'on envisage alors, pour les deux années, le comportement des deux catégories de malades — ceux de la consultation du service et ceux des dispensaires —, il apparaît :

— Qu'une fraction quasi constante (de 29 à 36 %) des malades, soit 1 malade sur 3 abandonne le traitement dans les deux catégories sans qu'il soit possible de déterminer une tendance continue sur les deux années, les variations se faisant en sens inverse (en 1958, on aurait moins « abandonné » ce traitement à l'hôpital qu'en dispensaire; et en 1959, plus souvent au contraire).

— Que les malades suivant leur traitement à la consultation de l'hôpital sont plus facilement, plus constamment réguliers que ceux des dispensaires : l'écart entre les deux catégories pour ce groupe II (8 % en 1958; 10 % en 1959) est largement significatif.

— Que la répétition plus fréquente de conseils, d'explications sur leur maladie (réalisée dans une consultation réservée aux tuberculeux) doit jouer un rôle dans la diminution du nombre des malades irréguliers. La constance de leur pourcentage dans les dispensaires, la chute de ce même pourcentage à l'hôpital tendraient à le suggérer.

On peut alors se demander si d'autres facteurs que l'éducation sanitaire ne jouent pas dans l'assiduité des malades à suivre le traitement extra-hospitalier.

Et en particulier, la proximité du dispensaire.

ASSIDUITE COMPAREE : VILLE - CAMPAGNE

Pour éclaircir ce dernier point, nous avons évalué la répartition des trois groupes dans deux catégories de malades :

- ceux traités à Tunis (dans les dispensaires des hôpitaux — à l'exclusion de la consultation de l'Hôpital E. Conseil — et dans les dispensaires des quartiers de l'agglomération tunisoise) d'une part,
- et ceux traités hors de Tunis, dans les dispensaires « ruraux » d'autre part.

Il peut paraître surprenant de classer comme « rural » tout dispensaire situé hors de Tunis. Mais pratiquement pour les malades que nous avons hospitalisés les cures ambulatoires hors de Tunis se trouvaient suivies, à deux unités près, dans des dispensaires de villages, ou de très petites agglomérations.

De plus, certains malades de l'agglomération tunisoise peuvent avoir un trajet assez long à parcourir pour atteindre leur dispensaire, alors qu'à l'inverse, certains malades des dispensaires « ruraux », peuvent habiter dans le village même.

Malgré ces critiques préalables, la distinction entre les deux catégories de malades nous a paru valable : en effet, dans la plupart des cas, les malades des dispensaires ruraux ont un plus long trajet à faire pour rejoindre un dispensaire; ce dispensaire lui-même est moins souvent ouvert qu'un dispensaire de ville.

Les résultats de la comparaison entre l'assiduité à Tunis, et dans les villages ou petites agglomérations, sont rassemblés dans le tableau III.

DORMIR ET TRAVAILLER DANS LE SILENCE

Boules QUIES

EVITER LES OTITES EN NAGEANT

Echantillons au Corps médical

Laboratoires "QUIES" 8, Rue Auguste Chabrières - PARIS XV^e

Dépositaire : O. V. P. : 10, Rue Amilcar — TUNIS

Echantillon à toute demande qui se recommandera de cette Revue

T A B L E A U III

Assiduité comparée — dans les dispensaires urbains de Tunis —
et dans les dispensaires « ruraux »

	Année 1958				Année 1959			
	Tunis		« Ruraux »		Tunis		« Ruraux »	
	malades	%	malades	%	malades	%	malades	%
Groupe I abandon du traitement	38	36 %	42	37 %	45	30,7 %	35	27,5 %
Groupe II traitement régulier ...	48	45 %	35	31 %	62	42 %	61	48 %
Groupe III traitement irrégulier ...	20	19 %	36	32 %	40	27,3 %	31	24,5 %
	106	100 %	113	100 %	147	100 %	127	100 %

L'interprétation de ce dernier tableau doit être prudente, car les séries sur lesquelles nous avons travaillé sont trop brèves : les variations, en sens inverse, de tous les groupes, dans chacune des deux catégories, au cours des deux années, le suggèrent.

L'intérêt du tableau réside cependant dans l'équivalence globale des pourcentages d'une année sur l'autre, et par ailleurs, dans le progrès très net au niveau des dispensaires ruraux pour l'année 1959, (résultant probablement d'une meilleure organisation du secteur rural), contrastant avec une certaine régression pour les dispensaires de la ville de Tunis.

Quelle conclusion en tirer ?

Le facteur « éducation sanitaire » mis à part, grâce à l'élimination des moyennes supérieures obtenues à la consultation de l'hôpital, il semble bien que dans les dispensaires de quartier comme dans les dispensaires de village, sont soignés les malades qui ont compris la nécessité du traitement et veulent se soigner. Et cela, quelle que soit la distance qui les sépare du dispensaire, quel que soit le trajet à faire pour répondre à la convocation du bilan périodique fait à l'hôpital (4).

III. ASSIDUITE ET EDUCATION SANITAIRE

Les chiffres et les pourcentages ne sauraient avoir une valeur absolue, et définitive. Il faut compter une marge d'erreurs imputables à la méthode d'évaluation employée. De plus, ils sont représentatifs d'un secteur bien déterminé, à un « moment » précis de la lutte anti-tuberculeuse en Tunisie. Rien ne permet cependant d'affirmer que le comportement des anciens malades de notre service soit spécifique, et que des enquêtes similaires menées dans les consultations spécialisées de Tunisie donneraient des résultats très divergents.

C'est pourquoi il n'est pas indifférent au médecin, au chirurgien du thorax, à l'éducateur sanitaire, de connaître les résultats de notre

(4) Il faut noter que nos anciens malades sont repartis dans la quasi totalité des gouvernorats, mais principalement dans celui de Tunis.

Gouvernorat de Tunis (Tunis excepté) : 58;

Gouvernorat du Cap Bon : 16;

Gouvernorat de Bizerte : 12;

Gouvernorat du Kef : 10;

Gouvernorats de Sousse et de Béja : 8 chacun;

Gouvernorat de Souk el Arba : 5;

Gouvernorats de Gafsa, Kairouan, Sbeitla et Médenine : moins de 5 chacun

Il faut souligner que les malades des gouvernorats éloignés de Tunis ne sont pas les plus irréguliers.

évaluation. En résumé, deux tuberculeux sur six abandonnent tout traitement après un séjour hospitalier; un tuberculeux sur six suit un traitement irrégulier; la moitié de nos malades environ suivent leur cure ambulatoire à la sortie de l'hôpital : c'est-à-dire que la moitié de nos malades seulement ne sont pas des foyers actifs de contagion, ont des chances raisonnables d'arriver à la stabilisation ou d'être opérés dans de bonnes conditions. (5)

Dans l'état actuel de la lutte anti-tuberculeuse, en Tunisie, il est donc impossible d'adopter une attitude simpliste, de condamnation ou d'enthousiasme, envers le traitement extra-hospitalier : cette méthode doit être éprouvée à sa valeur, mais elle n'est qu'une méthode.

LÉVI-VALENSI, MOLINA et ASPAR, travaillant dans de meilleures conditions (grande ville, malades soumis depuis plus longtemps à la discipline du traitement, meilleur équipement hospitalier et social) ont obtenu en 1956 une assiduité de l'ordre de 87 %. Mais si de nombreuses publications insistent sur l'importance des traitements insuffisants ou discontinus dans la genèse des récidives, des rechutes, des formes « chronifiées », des formes résistantes à l'antibiothérapie, nous n'avons trouvé nulle trace dans la littérature d'une évaluation de ce « risque de mauvais traitement ».

Seule une enquête systématique pouvait mettre en lumière ce « défaut » du traitement extra-hospitalier, et par là même, préciser les moyens d'y remédier.

* * *

Pour expliquer le défaut d'assiduité des malades ambulatoires, plusieurs raisons ont été invoquées : « fatalisme » ou « penchant naturel des malades au moindre effort »; « scepticisme des malades à l'égard des comprimés à avaler » et confiance irrationnelle des mêmes malades dans « la piqûre » (qu'il s'agisse de l'injection de streptomycine, du trocard de pneumothorax ou de pneumopéritoine).

Ces premières explications, trop sommaires, ne résistent pas à l'examen.

Depuis deux ans, nous n'avons prescrit que très rarement les injections de streptomycine; nous n'avons réalisé qu'exceptionnellement pneumothorax et pneumopéritoine (un seul pneumothorax thérapeutique en 1958 et en 1959; douze pneumopéritoinies en 1958, aucun en

(5) Ce résultat d'enquête doit être rapproché du taux de 45,5 % de malades « mal traités » ou « non coopérants », rapporté tout récemment par J. PLANE et coll., confirmé en cours de discussion par M. VIDAL : « 50 % des malades se présentent dans des conditions telles qu'on ne peut que désespérer de leur avenir », Société Française de Tuberculose - Séance du 9 janvier 1960.

Pathologie cardio-vasculaire

B É C I L A N

VITAMINE B₆ - PYRIDOXINE

- Comprimés dosés à 250 mg - Flacon de 20
- Ampoules dosées à 250 mg - Boîte de 10
- Ampoules dosées à 50 mg - Boîte de 5

STIMULATION DU MÉTABOLISME CARDIAQUE

ENTRAÎNEMENT SPORTIF

SURMENAGE CARDIAQUE

INSUFFISANCES CARDIAQUES

MALADIE ATHÉROMATEUSE ET SES COMPLICATIONS

POSOLOGIE : Voie buccale ou voie parentérale : 250 mg à 1 g par jour.

La vitamine B₆ ne présente aucune toxicité.

La prolongation des traitements n'entraîne aucun risque d'intolérance.

SOCIÉTÉ PARISIENNE
RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC

Information Médicale : 28, Cours Albert-1^{er} - PARIS-8^e - BAL. 10-70 - B. P. 490-08

1959). Or en 1957, la streptomycine était plus largement indiquée, le pneumopéritoine plus facilement institué : nous avons constaté que l'assiduité des malades était bien plus mauvaise en 1957 qu'au cours des années 1958-1959.

* * *

Pour, entre autres raisons, inciter les malades à suivre régulièrement leur traitement, l'aide sociale (la « carte d'assistance ») a été instituée. L'assistance aux malades tuberculeux, particulièrement dans un pays sous-développé, soulève de nombreux problèmes qui ne sont pas tous résolus (il est difficile de l'accorder à tous ceux qui en auraient besoin; il est difficile de l'accorder indéfiniment; à quel moment peut-on la supprimer sans inconvénient majeur pour le malade « stabilisé » et sa famille ?...), mais surtout, elle ne résoud pas le problème de l'assiduité.

En effet, au cours des années 1958-59, nous avons été très stricts (6) dans les attributions de cartes d'assistance qui étaient largement distribuées auparavant : nous avons constaté là encore les progrès de l'assiduité malgré la réduction de l'aide sociale.

* * *

Pour contrôler l'absorption régulière des médicaments par les malades, (ce qui, en définitive, est l'élément le plus important du traitement comme le suggèrent les travaux de Fox), différentes méthodes ont été proposées : visites-surprises à domicile; dosage qualitatif dans les urines de l'INH (méthode d'HOFFMAN - LAROCHE), du PAS (méthode de CHAVES, utilisant un papier réactif imprégné d'ions magnésiés et ferriques), de l'INH et du PAS (méthode proposée par SABON et LACROIX, rapportée par LÉVI-VALENSI et MOLINA, utilisant une double réaction colorimétrique à la para-diméthyl-amino-benzaldéide), de la riboflavine (insérée dans les comprimés d'INH et servant de corps « traceur » dans les urines : méthode de HOBBY).

Ces techniques sont d'un intérêt évident, surtout pour un sondage statistique ou pour une expérience portant sur un lot limité de sujets. Mais elles ne pourraient se transformer en méthodes de routine sans nécessiter un personnel plus nombreux que celui dont nous disposons.

* * *

Dès lors, la seule méthode d'action dont nous puissions réellement tirer profit est l'éducation sanitaire de masse : **le problème consiste à**

(6) Par simple application, d'une circulaire administrative datant du mois d'octobre 1957.

faire prendre en charge le traitement de sa maladie par le malade lui-même : aucune coercition, aucun appât, aucun contrôle ne pourront aboutir à ce résultat. Dans la lutte contre une maladie de masse comme la tuberculose, on est contraint de recourir à des moyens de masse.

La multiplication des dispensaires a permis de placer les antibiotiques à portée des malades : où qu'ils soient, en ville ou à la campagne, les tuberculeux en Tunisie peuvent se soigner s'ils le veulent. Nos chiffres le confirment.

Au stade actuel de la lutte, il semble qu'un effort particulier doive être entrepris en matière d'éducation sanitaire : au niveau du personnel para-médical, pour dénoncer la nocivité des traitements insuffisants, incomplets (dits « d'épreuve »), irréguliers ou interrompus; au niveau des malades, pour qu'à chaque contact avec les institutions de la Santé Publique, ces mêmes notions soient entendues; au niveau de la population enfin, pour que, dans les écoles et par les moyens de la presse, parlée et écrite, du cinéma, les notions essentielles de la lutte anti-tuberculeuse deviennent aussi claires que le sont celles de la lutte contre le trachome et les maux d'yeux, grâce aux « Campagnes Nationales ».

* * *

Dans un cadre limité, nous pensons que cette évaluation de l'assiduité des tuberculeux traités « ambulatoirement » pourra contribuer à préciser les objectifs de la lutte anti-tuberculeuse en Tunisie, et au delà, dans les pays où le problème de la tuberculose se pose dans un contexte économique-social similaire.

(Janvier 1960).

suppositoires antiseptiques
et anti-infectieux

RECTOSEPTAL



FORMULES

simple
sulfamidé
pénicilline
bismuthé

voies
respiratoires

angines

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE. PRIX cl. 1-2-3-4-6-8

Société d'Exploitation des **LABORATOIRES DEROL**
Service des Relations Médicales, 66^{ter}, rue St-Didier, PARIS 16^e

SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS (Tunisie)

PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — ALGER (Algérie)

M. PELISSARD : 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA (Maroc)

Une vraie solution de Corticostéroïde...

Solucort

21 PHOSPHATE DE DELTA-HYDRO-CORTISONE + BENZODODECIUM

ALLERGIE NASALE

ASTHME (AEROSOLS)

ALLERGIE OCULAIRE

LABORATOIRES

CHIBRET

CLERMONT-FD • PARIS



TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

BIBLIOGRAPHIE

1. BARIETY, CHOUBRAC, SERFATI : « Un problème toujours actuel : les rechutes en tuberculose pulmonaire ». Revue du Praticien, T. X, N° 3, 21 janvier 1960, p. 259.
2. J. BARTHE : « Le traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire en milieu marocain ». Maroc Médical, T. 37, N° 401, 1958, p. 1016.
3. Etienne BERNARD : « La Tuberculose, un problème mondial ». Acta Phtisiologica, N° 36, 7^e année, p. 2.
4. Etienne BERNARD, JARNIOU et coll. : « Résultats comparés de l'Isoniazide utilisé à doses différentes (5 à 15 mg par kg de poids) ». Revue de Tuberculose et de Pneumologie, T. 23, N° 1, janvier 1959, p. 22.
5. Etienne BERNARD, PIERON, LUNEL et coll. : « Les rechutes de la tuberculose pulmonaire ». Revue du Praticien, T. VIII, N° 2, 11 janvier 1958, p. 117.
6. BERTE, DEWLETT, SCHMIDT : « An evaluation of chemotherapy in pulmonary tuberculosis ». American Review of Tuberculosis, 1958, N° 5, p. 773.
7. BROUET G. : « Les nouveaux aspects de l'infection tuberculeuse et leurs conséquences pratiques » (Séance du 15 avril 1958). Bulletin de l'Ac. Nat. de Médecine. 142, N° 13-14, 1958, p. 365-368.
8. BROUET G. : « La conduite du traitement des tuberculoses pulmonaires récentes de l'adulte par les tuberculostatiques ». 3^e Symposium du XII^e Congrès National de la Tuberculose (avril 1958). Revue de la Tuberculose, T. 22, N° 7, juillet 1958, p. 751.
9. BROUET G., MARCHE : « Antibiothérapie prolongée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ». Revue du Praticien, T. V, N° 2, 11 janvier 1955, p. 130.
10. BROUET G., MARCHE : « La reprise du traitement antibiotique dans la tuberculose pulmonaire commune après échec total ou partiel des cures antérieures ». Revue du Praticien, T. IX, N° 2, 11 janvier 1959, p. 165.
11. BRUN et DESPEIGNES : « La tuberculose pulmonaire risque de devenir une maladie chronique et de contagiosité persistante ». Journal Méd., Lyon, 1959, N° 946, p. 479.
12. CHAVES : « A simple paper strip urine test for para-aminosalicylic acid ». American Review of Resp. Diseases, oct. 1959, 80, N° 4, p. 585.
13. CHENEBAULT : « Le traitement ambulatoire ou extra-hospitalier des tuberculeux pulmonaires ». Maroc Médical, T. 38, N° 405, 1959, p. 287.
14. CHOUBRAC P., ACAR J. : « Le traitement médical actuel de la tuberculose pulmonaire commune ». Revue du Praticien, T. IV, N° 3, 21 janvier 1954, p. 197.

15. COUDRAY : « Nouvelle psychologie du tuberculeux et ses conséquences sur le traitement ». Revue de la Tuberculose, T. 21, N° 4-5, avril-mai 1957, p. 498.
16. DIEUDONNE P. : « Problème de la santé aux Indes ». France Médicale, N° 7, août-septembre 1958, p. 337.
17. FREOUR, SERISE, COUDRAY, MALESIEUX : « L'image mentale de la tuberculose ». Revue de Tuberculose et de Pneumologie, T. 23, N° 4, avril 1959, p. 428.
18. GERNEZ-RIEUX Ch., TACQUET et coll. : « Faut-il traiter les lésions tuberculeuses dites minimales ? ». Revue du Praticien, T. IX N° 2, 11 janvier 1959, p. 149.
19. GRIESBACH : « Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire ». Rapport à la XIV^e Conférence Internationale de la Tuberculose (New Delhi, janvier 1957). Revue de la Tuberculose, T. 21, N° 1-2, janvier-février 1957, p. 114.
20. HALET : « Essai de traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire du Noir Africain à Elisabeth-ville ». Acta Tub. Belgica, 50, N° 4, juillet-août 1959, p. 265.
21. HIRSCH, SCHAEGLER, PIERCE, SMITH : « A study comparing effects of bed rest and physical activity on recovery from pulmonary tuberculosis ». American Review of Tuberculosis, 1957, 3, p. 359.
22. HOBBY G. C., DEUSCHLE : « The use of riboflavin as an indicator of isoniazid ingestion in self medicated patients ». American Review of Tuberculosis, 80, sept. 1959, N° 3, p. 415.
23. IVALDY F. : « De l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans les pays à forte endémie tuberculeuse ». Maroc Médical, N° 402, T. 37, 1958, p. 1135.
24. V^e Journées Pneumo-Phtisiologiques de l'Afrique du Nord. (Tunis, mai 1956) : Le Traitement extra-hospitalier de la Tuberculose pulmonaire. LEVI-VALENSI (Alger), HECKENROTH (Dakar), LOLLINI (Tripoli), BROU et HALFON (Tunis). Journal de Pneumo-Phtisiologie d'Afrique du Nord. T. V, N° 3, 3^e trimestre 1956, N° spécial.
25. KIM, PYUN, HAN : « The value of chemotherapy for active pulmonary tuberculosis in out patient clinic ». Diseases of the Chest 1959, 2, p. 155.
26. KIRSHNER : « Massive dose INH in chronic resistant pulmonary tuberculosis ». Diseases of the Chest, 1959, N° 4, p. 389.
27. KREIS B. : « Autour du XV^e Congrès de l'Union Internationale contre la Tuberculose ». Acta Phtisiologica, N° 40, 8^e année, p. 2.
28. LESOBRE R., OURY : « Place du traitement local à l'âge de la chimiothérapie antituberculeuse ». Revue du Praticien, T. VI, N° 3, 21 janvier 1956, p. 256.
29. LESOBRE R., OURY : « La notion de guérison en Phtisiologie ». Revue du Praticien, T. VII, N° 3, 21 janvier 1957, p. 263.

30. LESOBRE R., OURY : « La mort des tuberculeux depuis l'avènement de l'Isoniazide ». Revue du Praticien, T. VIII, N° 2, 11 janvier 1958, p. 167.
31. LESOBRE R., OURY : « Les cavernes tuberculeuses : étude thérapeutique et pronostique ». Revue du Praticien, T. X, N° 1, 1^{er} janvier 1960, p. 53.
32. LEVI-VALENSI A., MOLINA C. : « Les récents aspects de l'antibiothérapie dans la tuberculose pulmonaire. Incidences médico-sociales particulièrement en Afrique du Nord ». Rapport au XXX^e Congrès Français de Médecine, Alger, avril 1955.
33. LEVI-VALENSI A., MOLINA C. : « Les récents aspects de l'antibiothérapie de la tuberculose pulmonaire ». Algérie Médicale, vol. 59, N° 10, octobre 1955, p. 623.
34. LEVI-VALENSI A., MOLINA C. : « Rapport à la XIV^e Conférence Internationale de la Tuberculose » (New Delhi, janvier 1957). Revue de la Tuberculose, T. 21, N° 1-2, janvier-février 1957, p. 117.
35. LEVI-VALENSI A., MOLINA C. : « Le traitement des tuberculeux pulmonaires en dehors de l'hôpital et du sanatorium ». Maroc Médical, T. 37, N° 398, 1958, p. 749.
36. LEVI-VALENSI A., MOLINA C. : « Le traitement extra-hospitalier de la tuberculose pulmonaire par les antibiotiques ». Rapport au Congrès de Lisbonne, sept. 1958. Journal de Pneumo-Phtisiologie de l'Afrique du Nord, T. VII, N° 4, 4^e trimestre 1958, p. 177 (bibliographie).
37. LEVI-VALENSI A., MOLINA, ASPAR : « La cure à domicile des tuberculeux pulmonaires traités par les antibiotiques après une hospitalisation à court terme ». Semaine des Hôpitaux de Paris, 26 mars 1956, 32^e année, N° 19, p. 1071.
38. Organisation Mondiale de la Santé : « Chimiothérapie et chimio-prophylaxie dans la lutte contre la tuberculose », 1957, 141, 1.
39. PLANE J., HIEBEL, PONTIER, TON THAT NGO : « Possibilités et limites actuelles du traitement médico-chirurgical de la tuberculose pulmonaire ». Revue de Tuberculose et de Pneumologie, T. 24, N° 1, janvier 1960, p. 141.
40. PUECH, HARDRE, ACKERMANN : « Devenir de 306 cavernes tuberculeuses traitées par la chimiothérapie ». Revue de Tuberculose et de Pneumologie, T. 23, N° 7, juillet 1959, p. 681.
41. ROBINS, ABELES, CHAVES et coll. : « The drug treatment of non hospitalized patients with tuberculosis ». American Review of Tuberculosis, 1957, 1, p. 41.
42. VIDAL, MARTY : « La fréquence des erreurs thérapeutiques initiales et leur influence sur l'évolution ultérieure de la tuberculose pulmonaire ». Revue de Tuberculose et de Pneumologie, T. 23, N° 5-6, mai-juin 1959, p. 570.
43. ZAÏMI A., ZAÏMI I., LEGROS N. : « Place du traitement ambulatoire dans la lutte antituberculeuse ». Tunisie Médicale, N° 4, 1959, p. 263.

Premiers résultats du traitement de la Tuberculose Pulmonaire par le Trecator

par le Dr A. ZAÏMI



L'arsenal anti-tuberculeux s'enrichit tous les ans de substances nouvelles, précédées du préjugé le plus favorable. Ceci suscite l'intérêt du médecin et beaucoup d'espoir chez les malades. Malgré les avertissements des premiers expérimentateurs, il est difficile de résister à l'engouement général pour toute nouvelle médication dont les qualités curatives majeures sont ainsi mises au premier plan de l'actualité médicale.

Peu de substances ont suscité autant d'intérêt que le Trécator ou Ethioniamide, synthétisé en France par Noël RISR et ses collaborateurs.

Nous avons voulu après nos maîtres parisiens, par une expérimentation clinique (1) adaptée aux conditions pathologiques propres à notre pays, préciser la place de cette drogue dans le traitement actuel de la tuberculose pulmonaire.

En aucun cas, ce produit n'a été employé seul. Il a toujours été associé aux autres antibiotiques majeurs : la streptomycine et l'isoniazide.

Ceci pour une part afin de laisser toutes leurs chances d'action aux antibiotiques usuels qui ont déjà fait leurs preuves et d'autre part pour utiliser au maximum la propriété majeure du Trécator de s'attaquer aux bacilles résistants à l'isoniazide.

C'est la raison qui en a fait rejeter l'utilisation chez les malades fraîchement dépistés. Ce médicament a été exclusivement réservé aux malades ayant épuisé toute la gamme habituelle des antibacillaires se trouvant dans des véritables impasses thérapeutiques : lésions invétérées désespérément bacillifères, reprises évolutives soudaines et inexplicables ou comme relai des autres médications dans une période préparatoire à la chirurgie d'exérèse.

On sait en effet que les chirurgiens thoraciques répugnent à agir sur des lésions bacillifères et redoutent au plus haut point la fistule bronchique, complication catastrophique si les lésions ne sont pas refroidies par 18 mois ou 2 ans de traitement.

(1) Nous remercions les laboratoires Spécia-Théraplix de nous avoir permis, par un échantillonnage gracieux, de mener à bien cette étude

*Pour
tout déprimé
tout surmené
tout neurosthénique*



TOUJOURS ACTIVE
JAMAIS NOCIVE



NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

6, RUE ABEL - PARIS.

®

La tendance actuelle d'accorder la prééminence au traitement médical, de reculer le plus loin possible l'heure chirurgicale, s'inspire de la même évolution des idées sur le traitement de l'ulcère duodénal devenu aujourd'hui presque essentiellement médical.

C'est souligner encore une fois l'intérêt de telles études dont l'aspect pratique est primordial tant sur le plan individuel que sur l'ensemble de nos conceptions de la lutte anti-tuberculeuse.

ETUDE CLINIQUE

Il y a peu de choses à ajouter sur ce qui a été rapporté sur les symptômes fonctionnels qui sont très rapidement améliorés : toux plus discrète, expectoration moins abondante; si l'action sur la température est rapide, elle reste médiocre ou sans effet sur l'état général.

L'intolérance digestive s'installe très rapidement : nausées, vomissements, anorexie. Parfois ces phénomènes sont passagers. D'autres fois ils sont définitifs obligeant à interrompre la médication.

ETUDE BACTERIOLOGIQUE

C'est le point faible de ce travail, car normalement la résistance des BK aux antibiotiques majeurs — streptomycine, isoniazide et PAS — devrait être testée avant, au cours et après le traitement. Il n'en a malheureusement rien été, car nous ne disposons d'aucun laboratoire suffisamment bien outillé pour ces explorations devenues pourtant de pratique courante en France et ailleurs. Souhaitons que dans un avenir qu'il faudrait espérer proche, l'Institut Pasteur de Tunis ou la Section de Bactériologie de l'O.M.S. de Djebel Lahmar, auront une section consacrée à l'étude de la résistance et de la sensibilité du BK aux antibiotiques.

Ce test ayant donc fait défaut, l'étude a porté sur les cultures; elles se sont négativées dès la 2^e ou 3^e semaine qui ont suivi le traitement.

C'est un résultat remarquable quand on songe qu'il s'agit de lésions chroniques constamment positives. Par ce seul fait que la culture est rapidement négative, le Trécator mérite une bonne place dans la thérapeutique. Ce résultat à lui seul, redonne confiance au malade et l'encourage à espérer une évolution favorable ultérieure.

ETUDE RADIOLOGIQUE

Les résultats de la résistance des bacilles doivent être appréciés en fonction de l'ancienneté des lésions.

La confrontation des images radiologiques constitue en définitive le meilleur critère pour juger de l'efficacité du produit.

Sur 16 malades ayant eu un traitement identique associant le Trécator : soit avec streptomycine - isoniazide, soit avec streptomycine - isoniazide - PAS, six cas ont eu une évolution franchement favorable. Il n'est pas inutile de les rapporter brièvement :

1° Allal S..., 24 ans. Lésions ulcéro-nodulaires bilatérales dont le début remonte à 1955. BK toujours +, 2 mois après l'administration de Trécator BK = 0, effacement des ulcérations, regroupement des nodules aux deux sommets.

2° Had... Hass..., 20 ans. Cavités des 2 lobes supérieurs. Malgré une stérilisation rapide de l'expectoration par le traitement standard les lésions radiologiques restent sans changement; 45 jours après l'administration de Trécator les lésions du L.S.D. disparaissent; l'exérèse des lésions gauches devient dès lors réalisable.

3° Ghezéla S..., 22 ans. Hospitalisée à l'Hôpital Razi de La Manouba (Service du Dr Lévy), pour hystéro-épilepsie; l'examen pulmonaire découvre une énorme cavité avec rétention liquide de 5 cm sur 4 cm siégeant au lobe de Fowler droit; la pyramide basale est dense BK + constamment. Le Trécator est institué de novembre 1959 à février 1960. L'image thoracique est devenue normale. Les tomographies le confirment. La bacilloscopie est négative même à la culture.

4° Meriam A..., 31 ans. Semis miliaire disséminé aux 2 poumons. 2 splélonques évident l'apex gauche. Traitée initialement aux antibiotiques associés aux corticoïdes, les BK restent +. Le Trécator est associé en nov. 1959, BK = 0. Disparition des cavités. Persistance des micro-nodules sous-jacentes et au L.S.D.

5° Oum..., 39 ans. Cavité du segment apical supérieur droit. Micro-excavation et nodules disséminées suivant une distribution apico-caudale, témoin d'évolutions itératives. Trécator associé en décembre 1959. Les BK deviennent = 0. Les lésions se condensent au segment apical. Effacement des lésions sous-jacentes.

6° Salah..., 42 ans. Début en 1957. Aide-infirmier traité ambulairement depuis cette date. BK constamment +, splélonque du L.S.D. Infiltrat du culmen. Trécator en mai 1959. BK = 0 à six cultures successives. Effacement des lésions incomplet mais satisfaisant. Reprise du travail autorisée en janvier 1960 sous surveillance médicale.

INCIDENTS — TOXICITE

Cinq malades ont mal toléré le traitement; 3 d'entre eux dont 1 diabétique ont subi une évolution péjorative dès l'institution du traitement : accentuation des images radiologiques, bacilloscopies redevenues positives. Altération de l'état général, anorexie, etc...

Dès l'interruption du Trécator tout finit par rentrer dans l'ordre. L'évolution ultérieure fut très favorable.

Par contre, 2 autres eurent moins de chance : hémoptysies cataclysmiques à répétitions BK +. Malgré l'interruption du Trécator les poussées évolutives s'accroissent alternées avec les hémoptysies. Il est vrai qu'il s'agissait de malades ayant dépassé la cinquantaine et qui ont par surcroît obstinément refusé de se faire hospitaliser.

Ces cas ne sont pas isolés, des hémoptysies ont été signalées en cours de traitement par le Trécator par différents auteurs et par M. GERMEZ-RIEUX et ses collaborateurs.

En dehors de ces cas d'intolérance réelle au produit, les fonctions hépatiques et rénales n'ont pas été perturbées; il y eut peu de modifications dans les examens hématologiques pratiqués systématiquement.

CONCLUSION

Le Trécator mérite l'intérêt qu'il a suscité dès son apparition et son utilisation. Ses indications restent limitées aux tuberculoses anciennes dispersées, en association avec d'autres antibiotiques et surtout l'INH. Or ces formes constituent la moitié de nos malades.

L'action du Trécator est de remplacer les médications antibacillaires usuelles au potentiel épuisé, soit dans un but de sauvetage de certains malades socialement récupérables, soit dans une phase préparatoire à la chirurgie par certains, d'autres.

L'intolérance digestive est maintenant atténuée par l'apparition des suppositoires. Malheureusement le prix de revient relativement élevé en fait un médicament de luxe; ceci restreint l'utilisation à des cas sélectionnés n'ayant pas réagi favorablement, depuis des mois, aux autres médications usuelles.

TABLEAU RECAPITULATIF

1° Traitements interrompus prématurément : 5 cas (sorties contre avis médical).

Il s'agit de tuberculoses poly-excavées, chez des femmes cachectiques ou en mauvais état général. On espérait par ce traitement opérer le sauvetage au moins d'un poumon pour aboutir, soit à une solution chirurgicale, soit à une survie confortable.

Malheureusement, comme dans tous les services, l'indiscipline des malades est fréquente et les sorties contre avis médical sont monnaie courante. Ce fut dans ce cas un pur gaspillage du produit.

2° Traitements mal tolérés :

- a) Ayant évolué favorablement après abandon du Trécator : 3 cas.
- b) Ayant continué à évoluer défavorablement (hémoptysie, reprise évolutive radiologique) : 2 cas.

3° Traitements ayant abouti à de bons résultats : les 6 cas rapportés,

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES

★ *Artériosclérose*

★ *Hypertension*

★ *Angélites et thromboses*

★ *Sénescence*

★ *Insuffisance cardiaque*

PYRIDOXINE 250 mg LABAZ

(VITAMINE B₆)

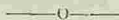
flacons de **20** et **40** comprimés

Labaz

4 RUE DE GALLIÈRE, PARIS 16

Traitement des abcès du Poumon

par le D^r Abderrahman KAMOUN



Les abcès du poumon sont très fréquents dans nos contrées. Ils partagent cette fréquence avec les autres pneumopathies aiguës à pyogènes, et notamment les pneumonies à pneumocoque.

La multiplicité des facteurs étiologiques et notamment, les germes qui en sont la cause, l'inégale sensibilité de ces germes aux antibiotiques, font qu'à chaque abcès doit correspondre un traitement qui lui est propre; un véritable traitement « sur mesure ». Le choix thérapeutique est alors dicté par la flore microbienne et par l'antibiogramme.

Ces impératifs, font que chaque cas va être l'objet d'un bilan bactériologique précis. Les examens bactériologiques étant faits de préférence sur du pus prélevé sous bronchoscopie.

Il va de soi que de pareilles recherches demandent du temps et il y a grand risque à laisser sans traitement, même pendant 48 h, un abcès étendu putride, ou un abcès chez un vieillard ou un dénutri.

Aussi avons-nous cherché s'il n'y avait pas un traitement-type applicable à tout abcès du poumon, quel que soit son aspect clinique ou radiologique. Ce traitement pour être valable, doit d'une part avoir un effet rapide sur les symptômes généraux et fonctionnels de la période initiale, d'autre part donner un faible pourcentage de séquelle.

Dans ce dessein, nous avons traité d'une façon unique, tous les abcès adressés au service du 1^{er} novembre 1958 au 1^{er} février 1960. Pendant cette période de 15 mois, nous avons rassemblé 21 cas. Il s'agit d'hommes de 20 à 75 ans. Nous allons développer devant vous le résultat de cette expérience.

Les abcès que nous avons eu à soigner étaient authentiques, en ce sens que nous avons retenu seulement les cas qui répondaient aux quatre critères suivants :

- 1° Expectoration abondante, purulente ou putride.
- 2° Image hydroaérique à la radiographie.
- 3° Hyperleucocytose franche.
- 4° Modification progressive des images radiologiques.

Le volume des suppurations était variable : deux avaient la taille d'un pamplemousse; la majorité avait la taille d'une orange. Deux seulement n'excédaient pas le volume d'une noix. Deux cas atteignaient la presque totalité du poumon. Deux autres siégeaient dans la partie postérieure de la pyramide basale droite.

Fait remarquable, 3 de nos abcès sont bilatéraux. Un seul de nos abcès peut être considéré de façon certaine comme secondaire. Il s'agit d'un abcès du poumon gauche consécutif à un kyste hydatique infecté de la rate.

Le traitement a été institué dès le diagnostic posé et sans tenir compte, ni de la flore microbienne, ni de la taille de l'abcès.

Nous nous sommes adressés à la Pénicilline G, à la dose de 6 millions par jour répartis en 4 injections I.M. associée à la Tétracycline à la dose de 1 gr 5, répartie en 3 prises. Aucun traitement local n'a été utilisé.

Ce traitement a été poursuivi pendant une période allant de un mois et demi à cinq mois.

VOICI LES RESULTATS DU TRAITEMENT :

Sur 21 cas, 18 ont réagi favorablement au traitement.

Pour ces 18 cas, la fièvre a disparu dans les 5 premiers jours, l'expectoration a diminué de volume dès la première semaine et a tari complètement à partir du 15^e jour. Le chiffre des globules blancs a diminué dès la première semaine. Quant aux images radiologiques leur nettoyage a été progressif. A ce point de vue, nous divisons nos malades en deux groupes :

1° Les cas avec disparition totale de l'image radiologique; ils sont au nombre de 12.

2° Les cas avec une image résiduelle; ils sont au nombre de 6.

Nous n'avons eu aucune rechute. Certains de nos cas sont suivis depuis plus d'un an.

Les cas qui n'ont pas réagi à ce traitement sont au nombre de 3 :

Le 1^{er} cas est un abcès staphylococcique de la base gauche qui s'est manifesté initialement par une pleurésie amicrobienne, et secondairement par une bulle avec niveau liquide. Une ponction de la bulle a permis de retirer un liquide purulent contenant du staphylocoque doré. Le traitement n'eut aucune action sur les symptômes généraux et fonctionnels, et la guérison ne fut obtenue que par l'Erythromycine.

Le 2^e cas est celui d'un malade de 60 ans, qui est arrivé dans le service avec un très mauvais état général. Il s'agissait d'un tableau toxico-infectieux très grave, avec oligurie et subcoma. Malgré tous nos efforts la mort est survenue au 5^e jour.

Le 3^e cas est celui d'un volumineux abcès qui n'a pas réagi au traitement initialement institué : température non modifiée au bout de 5 jours. Expectoration toujours aussi abondante, et augmentation du volume de l'abcès. Nous remplaçons la tétracycline par l'érythromycine et la guérison totale est obtenue au bout de 2 mois.

Aussi il nous semble que l'on peut parler pour l'ensemble des 21 cas d'abcès du poumon, d'un traitement valable utilisant la pénicilline à haute dose, associée à la tétracycline, le tout par voie générale. Ce traitement a pour lui sa simplicité, sa maniabilité et l'absence de tout incident thérapeutique. Il ne nécessite aucune recherche bactériologique, ni aucune intervention.

Ce traitement est-il satisfaisant quant à ses résultats ?

Il nous semble que l'on puisse répondre par l'affirmative.

En effet, le 1^{er} cas est une staphylococcie pulmonaire et l'on admet actuellement partout, que tant sur le plan clinique que thérapeutique elle a une grande originalité.

Le 2^e cas est celui d'un abcès qui évolue certainement depuis plusieurs mois et qui peut être considéré comme au-dessus des ressources thérapeutiques. Il n'empêche que nous devons avoir présent à l'esprit que dans nos contrées il existe des suppurations pulmonaires et même des pneumonies mortelles et que, les pneumonies à pneumocoques et les suppurations pulmonaires doivent être traitées tôt et énergiquement, avec de fortes doses d'antibiotique.

Le 3^e cas est peut-être le seul cas à mettre au passif de la méthode.

Quant aux résultats lointains, nous ne pouvons pas en parler, vu que la majeure partie de nos cas ne remonte pas à plus d'un an.

Les séquelles que nous avons rencontrées sont à mettre sur le compte de l'ancienneté de l'abcès.

CONCLUSION :

Telle est notre expérience concernant le traitement standard des suppurations pulmonaires. Telles en sont les avantages, telles en sont les lacunes. Nous estimons quant à nous, et à en juger par l'expérience quotidienne, qu'il est très utile de pouvoir disposer d'un traitement efficace que l'on peut instituer dès l'entrée du malade à l'hôpital, et à tous les cas.

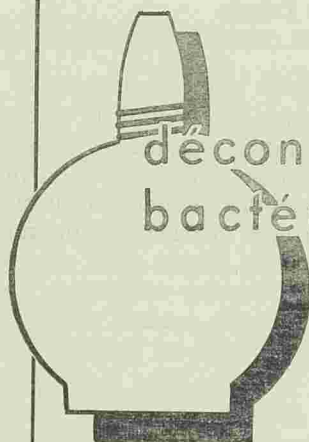
sans toxicité

sans action excitante
sur le système nerveux central

non inscrit au tableau C

BUTOXANE

— au benzododécinium —



décongestif
bactériostatique
nasal

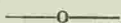
SINUSITES · CORYZAS · RHINOPHARYNGITES

C H A N T E R E A U

P. Cl. 1 S.S.

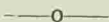
TUNISIE : SPÉCIMÉDHY, 37, Rue d'Isly - TUNIS

CONTRIBUTION A LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE



Dépistage bactériologique de masse rapide et efficace en vue de l'éradication des foyers d'infections

par le Dr Ch. PÉREZ



AVANT-PROPOS.

Dans l'appréciation du recul de la tuberculose dans un pays, le taux de morbidité semble constituer un critère beaucoup plus sûr que celui de la mortalité.

Ce taux de morbidité est fonction de la qualité de la lutte anti-tuberculeuse et en particulier de l'efficacité du dépistage systématique.

Il n'est donc pas besoin de souligner l'importance de la recherche systématique des foyers d'infections qui permet en outre aux individus atteints d'être précocément traités et par ailleurs de neutraliser la contagion, si rapide et malfaisante parmi les individus sous-alimentés et vivant en promiscuité.

Des conditions nouvelles et rapides de travail bactériologique ci-dessous exposées faciliteront la découverte des plus contagieux porteurs de bacilles, tendront à mener vers zéro leur nombre, à faire baisser corrélativement le nombre des nouvelles infections et reculer ainsi le taux de la morbidité.

PROCEDES TECHNIQUES CHOISIS

Nul n'ignore que la façon de rechercher le bacille tuberculeux varie selon le point de vue auquel on se place : dépistage, indication thérapeutique, sanatorium, post-cure, etc...

Des procédés rapides et aussi sûrs qu'il se peut, mais forcément moins fins que ceux employés dans les cas individuels, peuvent être utilisés dans les dépistages de masse, ceux-ci étant seuls en mesure de tamiser toute une population et découvrir dans le minimum de temps, de frais, et de personnel, des tuberculeux et principalement des tuberculeux fortement bacilligènes et très contagieux

Nous avons proposé il y a quelque temps, une technique de coloration du bacille tuberculeux (1) particulièrement,

- rapide : 3 minutes seulement au lieu des 20 minutes de la méthode classique de Ziehl Neelsen;
- simple : 2 manipulations seulement la rendent à la portée de toute personne inexpérimentée;
- économique : réduction au strict minimum du matériel et emploi de réactifs usuels;
- rigoureuse : les très nombreuses et très sérieuses vérifications auxquelles elle a été soumise n'ont jamais amoindri sa spécificité au moins égale à celle de Ziehl Neelsen, de même que son adoption sans réserves par de nombreux laboratoires bactériologiques.

L'observation continuelle de cette nouvelle technique nous permit de constater que la présence des bacilles tuberculeux se trouvait constamment révélée lors de l'examen microscopique d'un frottis coloré, de quelques secondes à une minute selon que les expectorations étaient très bacillifères à très faiblement bacillifères (cas de la présence d'un bacille acido-alcool-résistant par 10-15 champs).

Cette donnée facilement contrôlable est essentielle et constitue la base même de nos propositions.

Disons néanmoins, qu'un résultat non positif après examen d'une minute, n'entraîne pas ipso facto une réponse négative et ne préjuge en rien, du résultat définitif auquel aboutirait un examen minutieux de longue durée.

Dans le dépistage bactériologique de masse proposé, les seuls résultats obtenus dans le laps de temps d'une minute, nous intéressent : ceux qui révèlent ou non en un temps record des tuberculoses actives et particulièrement contagieuses.

Il est donc entendu pour ne laisser subsister aucun malentendu, que notre façon d'opérer n'est pas exacte 100 pour 100 bien que très valable puisqu'elle décèle les cas des expectorations très faiblement bacillifères (un B.K. par 10-15 champs). Elle est à bannir en dehors d'un dépistage de masse.

Nous verrons par la suite, ce qui pourrait être envisagé pour les expectorations n'ayant pas décelé de B.K. dans le laps de temps d'une minute, si on ne veut pas se contenter d'une pareille imprécision, rendue nécessaire par le grand nombre de cas examinés.

DONNEES STATISTIQUES UTILISEES

Les statistiques montrent que sur 100 individus scopiés systématiquement, le dixième est au moins retenu pour des recherches complé-

(1) Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, n° 2, 1957.

mentaires et en particulier pour celles concernant les bacilles tuberculeux dans les expectorations.

Le laboratoire en découvre chez 20 % des individus examinés, autrement dit, 2 malades bacilligènes sont découverts sur les 10 personnes envoyées au laboratoire à la suite de l'examen radioscopique de 100 individus.

Les malades ainsi découverts sont généralement assez richement bacillifères.

REMARQUE IMPORTANTE SUR LA DUREE DU TEMPS DE L'EXAMEN MICROSCOPIQUE

Bien qu'il soit possible de constater à l'examen microscopique, la présence de bacilles tuberculeux de quelques secondes à une minute, selon la richesse en germes du frottis (une minute pour la présence d'un B.K. par 10-15 champs), nous préférons doubler d'une minute le repos oculaire, la minute d'examen d'une lame, augmentant de la sorte la marge de sécurité tout en rendant moins pénibles et plus souples les limites des temps de recherches.

Une lame colorée, en particulier selon la technique et le réactif de Pérez, sera donc examinée en 2 minutes dont une minute de repos et un résultat positif (cas de la présence de nombreux B.K. pour un champ, à un B.K. par 10-15 champs) sera toujours trouvé dans ce laps de temps, quand il existe.

POSSIBILITE D'UN PAREIL DEPISTAGE BACTERIOLOGIQUE DE MASSE

Des calculs très simples nous montrent, que si un laborantin peut examiner dans les conditions indiquées, une lame colorée en 2 minutes dont une minute de repos, 30 lames seront examinées en une heure dont 30 minutes de repos; en 8 heures 240 lames seront examinées, et en 100 jours, 24.000 lames le seront.

Une équipe de 10 laborantins en 100 jours pourra examiner, dans de bonnes conditions, 240.000 frottis correspondant à 2.400.000 individus scopiés systématiquement et pourra découvrir environ 50.000 tuberculoses très actives et contagieuses.

Il est possible en augmentant le nombre de laborantins de diminuer la durée globale du dépistage bactériologique, mais on risquerait alors de déborder le travail radioscopique.

CAS DES FROTTIS OU N'A PAS ETE DECELE LE B.K. DANS LE TEMPS IMPARTI

Bien que nos propositions n'intéressent qu'un dépistage rapide de masse où le degré d'exactitude est compensé par le nombre de cas étudiés, il est possible d'envisager dans certains cas particuliers, que les lames n'ayant pas décelé de B.K. dans le temps convenu de 2 mi-

nutes dont une minute de repos, soient mises de côté et réexaminées ultérieurement en dehors du travail de dépistage proprement dit, ou mieux encore, de conserver les expectorations correspondantes en vue d'un nouvel examen, après enrichissement économique durant 4-5 jours à 37° ou après homogénéisation rapide ou même, si c'est nécessaire, pour toutes les autres recherches modernes plus complètes.

CONCLUSIONS

La diminution très rapide, sinon l'éradication des foyers d'infection tuberculeuse, peut être rendue possible grâce à de nouvelles et simples conditions de travail bactériologique au cours du dépistage systématique de masse.

Les procédés indiqués ont surtout l'avantage de démasquer en très peu de temps un grand nombre de tuberculeux particulièrement contagieux et ignorés à ce jour. Leur neutralisation ultérieure améliorera certainement le taux de morbidité, critère essentiel du recul de la tuberculose.

SCHOUM

FOIE

REINS

VESSIE

DRAGÉES

MAGNOSCORBOL

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL

Antiseptique

- INTERNE
- EXTERNE

OMNIUM

LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine

SCHOUM, P. Cl. 2 — MAGNOSCORBOL, P. Cl. 3 — ANIODOL, P. Cl. 1 et 2
TUNISIE - Agence Pharmaceutique Française
8, Passage de la Monnaie - TUNIS

INFORMATIONS

Cours de Perfectionnement pour Médecins Etrangers

ETE 1960 : du 4 juillet au 13 juillet

Ce cours est destiné à des médecins diplômés ou des étudiants en fin d'études, désireux de se perfectionner dans la connaissance des progrès théoriques et pratiques récents dans les diverses branches de la médecine interne en France.

Chaque « Journée » aura lieu dans un hôpital ou un Centre spécialisé. Les auditeurs y seront conduits le matin, y déjeuneront et seront accompagnés le soir à leur hôtel.

Des démonstrations pratiques accompagneront les exposés théoriques. Ceux-ci seront suivis de discussions avec la participation des auditeurs.

Les exposés et discussions auront lieu en langue française; de brefs résumés en anglais, allemand et espagnol seront éventuellement disponibles.

PROGRAMME DES COURS

Première journée, lundi 4 juillet :

Matin, 9 h. 30 : Séance inaugurale : *Actualités thérapeutiques médicales*, sous la direction du Prof. LEMAIRE, Nouvelle Faculté de Médecine. — Déjeuner : Hôpital Saint-Antoine. — Après-midi, 14 h. 30 : *Maladie des voies biliaires*, sous la direction du Dr CAROLI, Hôpital Saint-Antoine.

Deuxième journée, mardi 5 juillet :

Matin, 9 h. 30 : *Gastro-entérologie*, sous la direction du Dr LAMBLING, Hôpital Bichat. — Déjeuner : Hôpital Bichat. — Après-midi, 14 h. 30 : *Gastro-entérologie*, sous la direction du Prof. Ch. DEBRAY, Hôpital Bichat.

Troisième journée, mercredi 6 juillet :

Matin, 9 h. 30 : *Bactériologie, Immunologie*, sous la direction du Prof. TREFOUET, et du Prof. LÉPINE, Institut Pasteur. — Déjeuner : Hôpital Broussais. — Après-midi, 14 h. 30 : *Allergologie*, sous la direction du Prof. HALLEPIN, Hôpital Broussais.

Quatrième journée, jeudi 7 juillet :

Matin, 9 h. 30 : *Cardiologie*, sous la direction du Prof. LENÈGRE et du Prof. Ag. MAURICE, Hôpital Boucicaut. — Déjeuner : Hôpital Boucicaut. — Après-midi, 14 h. 30 : *Cardiologie*, sous la direction du Prof. LENÈGRE et du Prof. Ag. MAURICE.

Cinquième journée, vendredi 8 juillet :

Matin, 9 h. 30 : *Neurologie*, sous la direction du Prof. ALAJOUANINE, Hôpital de la Salpêtrière. — Déjeuner : Hôpital de la Salpêtrière. — Après-midi, 14 h. 30 : *Neurologie*, sous la direction du Prof. ALAJOUANINE, Hôpital de la Salpêtrière.

Sixième journée, Samedi 9 juillet :

Matin : *Maladies du foie*, sous la direction du Prof. FAUVERT, Hôpital Beaujon. — Déjeuner : Institut Gustave Roussy. — Après-midi.

14 h. 30 : *Carcinologie*, sous la direction du Prof. Ag. DENOIX, Institut Gustave Roussy.

Septième journée, lundi 11 juillet :

Matin, 9 h. 30 : *Maladies des reins*, sous la direction du Prof. HAMBURGER, Hôpital Necker. — Déjeuner : Hôpital Necker. — Après-midi, 14 h. 30 : *Maladie des reins*, sous la direction du Prof. HAMBURGER, Hôpital Necker.

Huitième journée, mardi 12 juillet :

Matin, 9 h. 30 : *Hématologie*, sous la direction du Prof. J. BERNARD, Hôpital Saint-Louis. — Déjeuner : Hôpital Saint-Louis. — Après-midi, 14 h. 30 : *Hématologie*, sous la direction du Prof. BERNARD, Hôpital Saint-Louis.

Neuvième journée, mercredi 13 juillet :

Matin, 9 h. 30 : *Orthopédie-Traumatologie*, sous la direction du Prof. MERLE D'AUBIGNE et du Dr JUDET, Hôpital Cochin. — Déjeuner : Hôpital Lariboisière. — Après-midi, 14 h. 30 : *Rhumatologie*, sous la direction du Prof. Ag. de SÈZE, Hôpital Lariboisière.

INSCRIPTIONS — ORGANISATION MATERIELLE

Les demandes d'inscription doivent être adressées au Secrétariat de la Faculté de Médecine (rue de l'École de Médecine, Paris VI^e), accompagné d'un versement de 300 Nouveaux Francs. Cette somme donne droit aux repas de midi et aux transports.

Pour le choix de l'hôtel où vous désirez descendre, prière de vous adresser à l'agence Cook de votre pays qui se mettra en rapport avec la Compagnie des Wagons-lits, 40, rue de l'Arcade à Paris (service des Congrès à ANJOU 42-80, M. Amat) qui se charge d'organiser votre séjour et de grouper les participants de façon à ce qu'il nous soit facile d'assurer le transport quotidien en automobile vers les hôpitaux où seront donnés les cours.

AÉROCID

1 Cachet matin et soir ou 2 Comprimés

Aérophagie - Aérocolie - Hypotonie
gastro-intestinale - Insuffisance
hépatique

AQUINTOL

Gouttes * Suppositoires * Sirop

Adénopathies trachéo-bronchiques
Toux spasmodiques - Coqueluche
SÉDATIF ANALGÉSIQUE

OPOCÉRÈS

SIMPLE OU VITAMINÉ

Dragées à croquer * Ampoules buvables

Asthénies physiques, psychiques ou
intellectuelles - Alcalose
RECONSTITUANT - DYNAMISANT
PONDÉRATEUR du Ph. humoral

ASSOCIATION PHYTO-HORMONALE SÉDATIVE ASSOCIÉE
ACTIVE PAR VOIE BUCCALE

HEMORAME

A L'ANHYDROXYPROGESTÉRONE

Cachets : 2 à 4 par jour
Comprimés : 4 à 8 par 24 heures

NOUVEAU RÉGULATEUR
DU FLUX MENSTRUEL

LABORATOIRES DE L'AÉROCID - 248 bis, rue G. Péri - CACHAN (Seine)

PRIX O. R. L. CHIBRET 1960 — V^e Année

Un prix de 200.000 francs (2.000 N.F.) est décerné chaque année à l'auteur d'un mémoire ou d'une thèse intéressant l'Oto-Rhino-Laryngologie.

Les candidats doivent être, soit un étudiant inscrit à une Faculté de médecine de langue française, soit un docteur en médecine ayant soutenu sa thèse depuis moins de deux ans, également devant une Faculté de langue française. Les mémoires soumis au jury seront rédigés en français (imprimés ou dactylographiés). Ils doivent être, soit inédits, soit publiés dans le cours des douze mois précédents.

Les thèses sont acceptées.

Les candidats déjà docteurs en médecine devront donc avoir passé leur thèse après le 1^{er} juillet 1958 et les mémoires non inédits avoir été publiés depuis le 1^{er} juillet 1959. Le bénéficiaire de ce prix sera désigné par un jury constitué par le Comité de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie.

Ce prix sera décerné au moment du Congrès annuel de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie, en octobre 1960; les mémoires établis en 12 exemplaires devront parvenir avant le 1^{er} juillet 1960 au Secrétaire général de la Société Française d'O. R. L. : Dr Henry GUILLON, 6, avenue Mac-Mahon, Paris-17^e.

Les mémoires ne seront pas rendus.

Lauréats :

- 1956 Dr Jacques SIARDET (Paris) : « Le traitement du cancer de la base de la langue ».
- 1957 Dr R. J. DOITEAU (Bordeaux) : « Contribution à l'étude de la physiologie des sinus de la face ».
- 1958 Dr H. GAJGFINGER : « Fenestration et mobilisation de l'étrier. Etat actuel de la question dans l'otospongiose ».
- 1959 Dr J. M. STERKERS (Paris) : « Traitement chirurgical de l'ankylose de l'étrier par platino-fissure avec ou sans stapédolyse ».



JOURNEES OBSTETRIQUES ET STAGE DE PERFECTIONNEMENT DE LA FACULTE DE MEDECINE DE LYON

Du lundi 3 au jeudi 6 octobre, trois journées seront consacrées à la mise au point de questions d'obstétrique et de gynécologie d'actualité, ainsi qu'à l'étude de problèmes biologiques dans le cadre des fonctions de reproduction.

Six à huit exposés, d'une durée de 20 minutes, auront lieu chaque jour, chacun d'eux étant suivi d'une discussion libre.

A l'occasion de cette réunion obstétricale, trois conférences seront faites par MM. les Prs VERMELIN (Nancy), SCHOCKAERT (Louvain), POLLOSSON (Lyon).

A la fin de ces Journées, les auditeurs désireux de prolonger leur séjour dans le Service, pourront y suivre un stage du 6 au 15 octobre. Ils assisteront chaque jour à des cours de propédeutique et participeront à l'activité du Service en assurant, à plein temps, la surveillance et la direction des accouchements et en effectuant, sous la direction des Chefs de Clinique et des Moniteurs de garde, les interventions de pratique courante.

Un certificat sera remis à la fin de ce stage.

Ces Journées obstétricales sont organisées par M. le Pr. PIGEAUD, avec la collaboration de MM. les Prs agrégés P. MAGNIN, R. BURTHIAULT, M. DUMONT, A. NOTTER, de MM. GARMIER, GONNET, CHÂRVET, GABRIEL, DECHAVANNE, BETHOUX, NEUMANN, NELKEN, REBOUL, DUMAS et de Mme GILLÉ, Assistants, Chefs de Clinique, Moniteurs et Chefs de Laboratoire à la Clinique Obstétricale.

Le droit d'inscription : 50 N.F. pour les médecins, 20 N.F. pour les étudiants, devra être adressé, en même temps que la demande d'inscription, à M^e Brugeilles, Secrétaire, Clinique Obstétricale, Hôpital E. Herriot, Lyon.



La Société Internationale de Médecine Cybernétique tiendra, en 1960, à Naples, un symposium international de Médecine Cybernétique, sous la présidence du Professeur Aldo MASTURZO, avec la participation du Professeur Norbert WIEMER.

LIVRES REÇUS.

F. COSTE

L'épaule douloureuse

Colloque de la Clinique

Rhumatologique de l'Hôpital Cochin

L'expansion, éd.

Henri MATHIAS

Syphilis

Librairie Maloine, Paris.

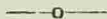
P. A. BAULKER

L. CHERTOK

M. SAPIR

Les applications de la médecine psychosomatique

L'expansion, éd.

ANALYSES.

« **Techniques et Thérapeutiques en Pneumologie** », sous la direction de Pierre BOURGEOIS et J. TURIAF. (L'Expansion Scientifique, Editeur — Nouvelle Série 4).

Tous les ans, les auteurs organisent des journées de pneumologie au cours desquelles sont exposées par d'éminents spécialistes les questions d'actualité.

Les sujets traités sont sélectionnés et concernent les acquisitions les plus récentes.

L'ensemble est recueilli dans cet ouvrage qui est très prisé et longtemps retenu à l'avance par tous ceux qui s'intéressent à la Pneumo-Phtisiologie.

En dix-huit leçons, il est loisible de se retremper — pendant une année — dans l'ambiance combien sympathique des conférences. De véritables mises à jour sont ainsi consacrées aux dilatations des bronches et à leur traitement médical et chirurgical.

L'asthme professionnel, l'asthme intermittent ou à dyspnée continue, les rapports de l'asthme et de la chirurgie sont magistralement traités.

L'insuffisance respiratoire chez les opérés du thorax tient à haleine pendant des pages de lecture agréable. L'action et les indications du Trécator sont abordés avec un esprit nouveau.

D'autres questions terminent ce recueil dont nous ne mentionnons que les indications maximales de la chirurgie d'exérèse, questions d'actualité puisqu'un numéro entier de la « Revue de la Tuberculose » lui est consacré.

Remercions encore une fois nos maîtres de continuer, à distance, tous les ans, à nous faire bénéficier de leur enseignement.

« Les Chorio-Épithéliomes Intra-Thoraciques », par G. BROUET, J. CHRÉTIEN et G. ROUSSEL.

Malgré leur rareté, les chorio-épithéliomes intra-thoraciques, font l'objet d'une étude histologique, biologique, radiologique.

Les chorio-épithéliomes gestationnels sont opposés aux chorio-épithéliomes non gestationnels. Les premiers sont secondaires, les seconds primitifs. Mais l'opposition n'est qu'apparente.

Après cette monographie, les images rondes intra-thoraciques évoqueront désormais pour beaucoup, outre les kystes hydatiques, les neurinomes et les tumeurs dysembryoplasiques, le chorio-épithéliome.

Une riche bibliographie termine ce petit livre bien présenté, agréable à lire et dépouillé à dessein de tout ce qui peut nuire à la clarté de l'exposé. Il intéressera gynécologues et pneumologues, et tous ceux qui sont passionnés par la pathologie générale.

PETITE ANNONCE

Infirmière-aide-anesthésiste-soignante demandée d'urgence par clinique chirurgicale 26 lits, Situation intéressante, libre de suite.

Clinique Saint-Pierre, Bar-le-Duc (Meuse).

Publicité pour la France : S. BATARD, 4, Place de l'Hôtel de Ville, LE RAINCY (S.-et-O.)
et 21, Rue Saint-Fiacre, PARIS-2^e
Tél. Gut 10-34 et 35.

Le Gérant : Docteur Amor KHALFAT

Imp. BASCONE & MUSCAT : 41, Avenue de Londres — TUNIS

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. S. MESTIRI — B. HAMZA — R. BEN BRAHEM —
A. CHADLY — A. KHALFAT — L. BENAÏSSA — Ch. TABBANE
— M. ABDELMOULA — P. BIERENT — J. BOUJENAH —
A. CHARRAD — M^{me} J. DAUD — MM. A. FOURATI —
A. HAGEGE — L. MOATTI — H. RAIS.

Rédaction : Ch. TABBANE

Administration : D^r Amor KHALFAT
M^{me} DOUIEB



Reproduction Interdite

Tous droits réservés pour tous pays

Traitement local et général des urétrites et vaginites à *Trichomonas vaginalis*

FLAGYL

8823 R. P. (hydroxy-2' éthyl)-1 méthyl-2 nitro-5 imidazole

VOIE BUCCALE :

Comprimés dosés à 250 mg
Flacon de 20

TRAITEMENT LOCAL :

Comprimés gynécologiques dosés à 500 mg
Flacon de 10

CHEZ L'HOMME :

Traitement par voie buccale : 2 comprimés à 250 mg
par jour pendant 10 jours consécutifs.

CHEZ LA FEMME :

Traitement local : 1 comprimé gynécologique à 500 mg
le soir pendant 10 à 20 jours.

Compléter, éventuellement, par un traitement par voie
buccale aux mêmes doses que chez l'homme.

SOCIÉTÉ PARISIENNE
RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC

SOMMAIRE (1^{re} Partie)



Notions nouvelles sur la dilatation des bronches,
par Jacques DELARUE, Professeur à la Faculté de Médecine
de Paris 73

*Etude clinique, radiologique et électrique du rétrécissement aor-
tique artificiel,*
par M. BEN NACEUR 91

*Travail et maladies mentales, Conférence faite à l'Université Nou-
velle, 12 février 1960,*
par Lucien LÉVY 107



*Un lait en poudre sûr
de prescription journalière*

MATERNA NORMAL POUR NOURRISSONS

(BANDE ROUGE)

Demi-écrémé (15 % MG) • Sucré • Dextri-maltosé

ALIMENT DE L'ENFANT BIEN PORTANT

(JUSQU'À LA FIN DU 7^e MOIS)

Laits Médicaux

MATERNA

- ▶ **SPECIAL** POUR NOUVEAU-NÉS (Bleu)
- ▶ **NORMAL** POUR NOURRISSONS (Rouge)
- ▶ **COMPLET** NON SUCRÉ (Vert)
- ▶ **NORMA** DE RÉGIME (Paysage)



pélargon

LE LAIT EN POUVRE LE PLUS MODERNE
POUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON

Laît entier acidifié additionné de glucides

6 caractéristiques essentielles

- Rapport optimum entre la graisse et les protéines
- Augmentation de la résistance aux infections
- Propriétés antidyspeptiques
- Parfaite digestibilité
- Action antirachitique et antianémique
- Régularité de la courbe de poids

SPEDIC 52M J.FERRY

Société de Produits Alimentaires et Diététiques (SOPAD)
18, Place Henri Bergson - PARIS 8^e

SOMMAIRE (2^{me} partie)



INFORMATIONS :

<i>Premier Congrès International d'Histochimie et de Cytochimie,</i> Paris, 28 août - 31 septembre	135
<i>L'aide aux jeunes diabétiques</i>	140
<i>Avis de Concours : Centre Pierre et Marie Curie d'Alger</i>	140
<i>Livres reçus. — Vient de paraître</i>	140
<i>Analyse</i>	141
<i>Revue de Presse : Cardiologie,</i> par le D ^r BEN NACEUR	144

Ed. du CARQUOIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISÉ

- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.
Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.
Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.



ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

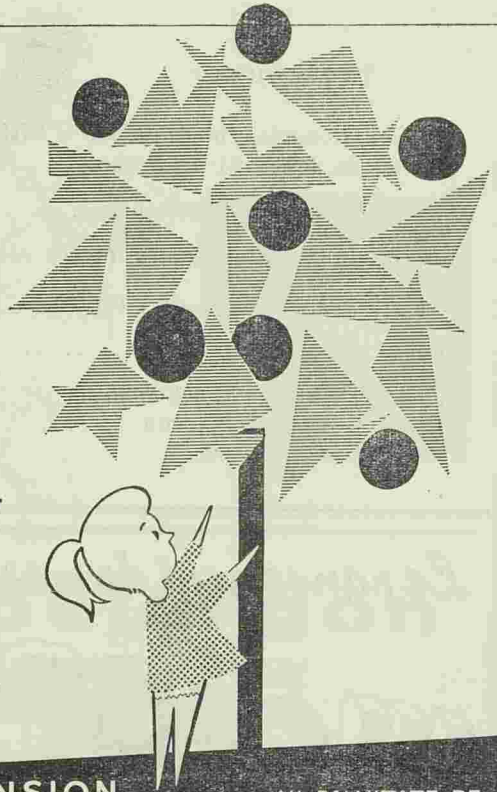
LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph^o 76, r. des Rondeaux - PARIS



STABLE
PRÊTE A L'EMPLOI
GOUT DÉLICIEUX DE
FRAMBOISE ET D'ABRICOT



Toutes les indications
du Chloramphénicol en Patirdée



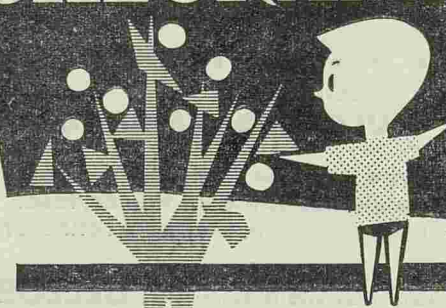
SUSPENSION AU PALMITATE DE
CHLORAMPHÉNICOL

A 3,65 g % SARBACH



REMBOURSEE A 90 %
PAR LA SECURITE SOCIALE
AGREEE PAR L'A.M.G.
LES HOPITAUX ET LES COLLECTIVITES

P.C. 14

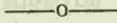


ALGERIE : Ets PHARMOFFICE — 1, Boulevard Bugeaud — ALGER
TUNISIE : PROPBARMA — 4, Pas. d'Elbe (43, R. Moktar Attia) — TUNIS
MAROC : Sté INTERFAR — 9-11, Rue de Colmar — CASABLANCA

Notions nouvelles sur la Dilatation des Bronches

par Jacques DELARUE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris



Depuis la magistrale description de LAENNEC, basée sur trois célèbres observations dont l'une était due à BAYLE, et une autre à CAYOL, les véritables faits nouveaux survenus dans l'histoire nosologique de la dilatation des bronches sont les précisions cliniques et anatomiques apportées en un siècle par ANDRAL, STOKES, CRUVEILHIER, HUTINEL, Fernand BEZANÇON, ainsi que la découverte de l'exploration bronchographique par SICARD et FORESTIER, la mise en pratique de la bronchoscopie par CHEVALIER-JACKSON, et l'apparition des possibilités chirurgicales d'exérèse.

Mais, en dépit d'une somme considérable de faits acquis, et en raison même de l'abondance de cette documentation, ces ensembles anatomo-cliniques disparates que l'on réunit dans le terme commun de dilatation des bronches, demeurent enveloppés d'obscurité. Du moins des opinions contradictoires sont-elles exprimées à propos de l'origine, de la physiopathologie, de la signification et de la pathogénie des bronchectasies. Il en résulte un peu de désarroi dans l'esprit de ceux qui, n'étant pas à même d'éclaircir de tels problèmes, ont besoin d'idées directrices pour comprendre ce qu'ils observent en clinique, et en tirer des conclusions en vue d'un traitement de leurs malades. C'est dans le cadre de ces discussions que se placent les faits qui sont l'objet de ce bref exposé. Il faut comprendre que les notions dont il va être fait état représentent, sous le vocable un peu outreucidant de « nouvelles », le résultat de recherches personnelles poursuivies depuis de longues années, et l'opinion non conformiste qu'elles ont engendrée chez leur auteur.

La pratique des bronchographies lipiodolées et des études anatomiques mieux conduites que jadis ont montré que la dilatation des conduits aériens accompagne certaines lésions bien caractérisées, et notamment les corps étrangers enchâssés dans les bronches, les tuberculoses ganglio-bronchiques, les tumeurs à lent développement; elle est cantonnée aux ramifications tributaires de la bronche atteinte par l'une de ces lésions. De telles bronchectasies, très fréquemment observées par les anatomo-pathologistes, sont qualifiées de secondaires : la cause en paraît évidente et déterminante; elles n'ont pas de symptomatologie qui soit nettement distincte de la cause qui les engendre. On oppose à ces faits, de manière un peu schématique d'ailleurs, les dilatations des bronches que l'on dit « primitives » parce que la cause n'en est pas décelée, parce qu'il n'y a rien apparemment qui en dé-

termine la ou les localisations, parce qu'elles représentent toute la maladie. Celles-ci seules seront envisagées ici. C'est à propos des bronchectasies primitives que se posent en effet les problèmes discutés d'étiologie, de répartition, de physiopathologie et de pathogénie sur lesquels on se propose de donner quelques aperçus.

Il ne saurait être question de rappeler la symptomatologie des dilatations des bronches primitives, d'en énumérer les diverses formes cliniques et évolutives, ni d'envisager les problèmes de diagnostic qu'elles posent. Tout ceci est désormais bien précisé. C'est seulement à l'étude de quelques faits moins bien connus peut-être, à celle de quelques chapitres plus discutés de l'étude des bronchectasies que l'on s'attachera — non sans se dissimuler qu'une telle manière de faire laissera dans l'ombre beaucoup de faits de grande importance pratique, et nuira sans nul doute à l'homogénéité de l'exposé.

I. — ETIOLOGIE

Quelques remarques sont tout d'abord nécessaires à propos de l'étiologie des bronchectasies dites primitives.

Si le clinicien voit quelquefois se constituer la dilatation des bronches peu à peu dans le décours d'une pneumopathie aiguë, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, il n'observe le plus souvent la maladie pour la première fois que lorsque le syndrome clinique et radiologique est déjà constitué. Il est alors difficile de retrouver dans les antécédents un épisode pathologique capable de l'expliquer, et l'étiologie demeure obscure sinon imprécise.

On a invoqué le rôle des infections rhino-pharyngées à répétition, et la connaissance des phénomènes d'ethmoïdo-antrite si souvent associés aux bronchectasies a donné du poids à cette hypothèse. Cependant on peut se convaincre que les manifestations rhino-pharyngées sont, non pas la cause de la dilatation des bronches, mais les témoins de celle-ci déjà constituée. Deux de nos malades présentaient des antécédents de submersion accidentelle survenue dans l'enfance, et ce sont les seuls facteurs qu'il fût possible d'invoquer chez eux.

Mais il n'y a pas lieu de rappeler que la plupart des bronchectasies peuvent être rapportées à des broncho-pneumopathies survenues dans l'enfance, et notamment à celles qui succèdent à la rougeole, et avant tout à la coqueluche. Ce sont là des faits connus depuis bien longtemps, depuis RILLET et BARTHÈZ, V. HUTINEL, et bien précisés par Jean HUTINEL. Des observations du plus haut intérêt ont été faites à ce sujet en 1938 par MARQUEZY, LAUNAY et Mlle MAGE. Ces auteurs ont pu démontrer chez les coquelucheux « cracheurs de pus » l'existence de bronchectasies qui pour la plupart étaient transitoires et disparaissaient dans la convalescence, si bien qu'ils se sont refusés à assimiler ces états aux « vraies » bronchectasies.



FIG. 1. — Bronchectasie cylindrique. Noter que le cul-de-sac terminal demeure éloigné de la plèvre, et se montre environné d'un parenchyme pulmonaire densifié.

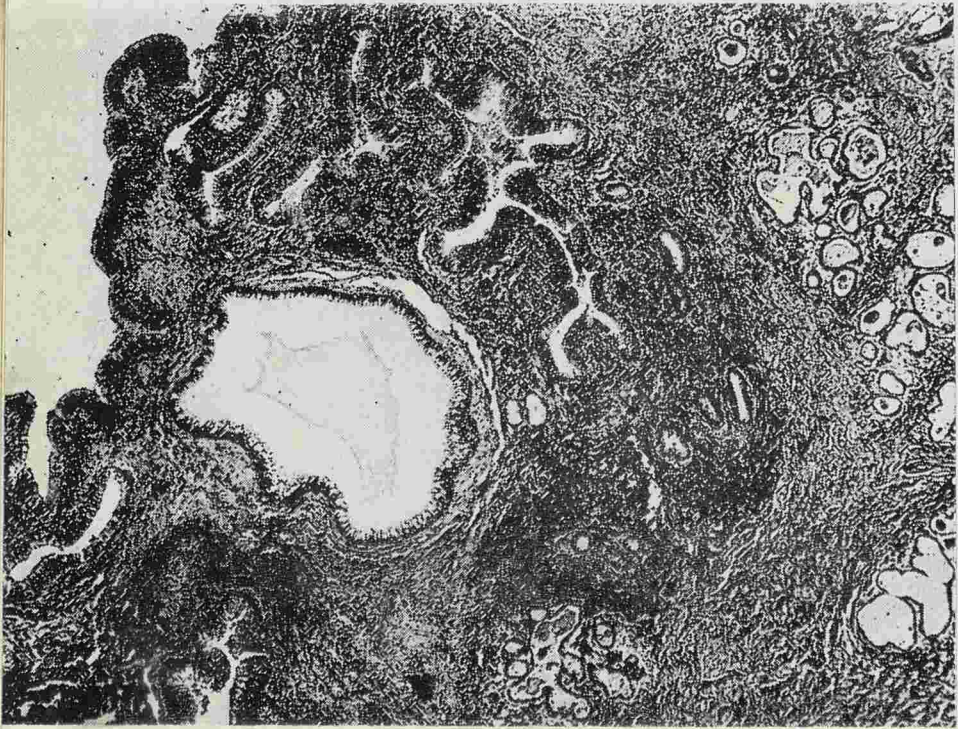


FIG. 5. — Transformation kystique des glandes bronchiques dans une bronhectasie à forme hypertrophique.

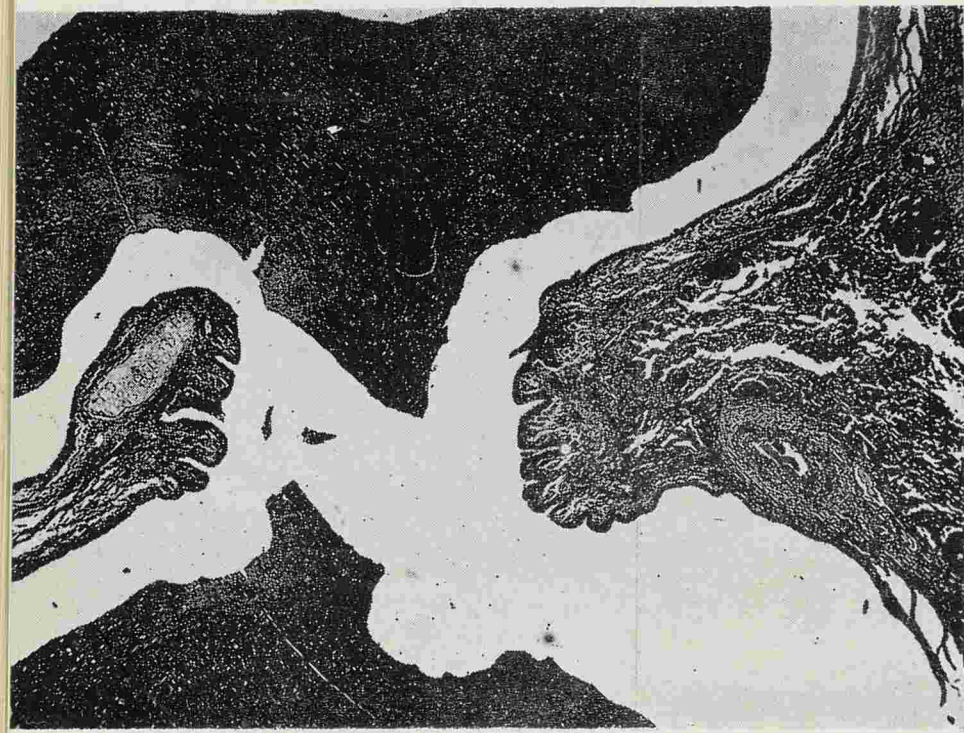


FIG. 6. — Substratum histologique des crêtes transversales qui caractérisent les bronhectasies moniformes (formes cylindriques atrophiées). Noter la présence d'une pièce cartilagineuse dans l'une de ces crêtes.

Liveroil

SUPPOSITOIRES

HUILE DE
FOIE DE MORUE
EUVITAMINÉE

A B₁ B₂ B₆ D₂

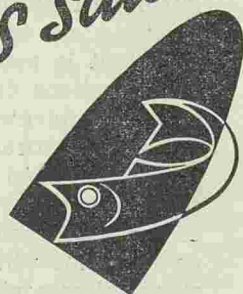
+ EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE DE FOIE

LAB^{ES} CHAMBON • PÉRIGUEUX ET 1 RUE DANTON • PARIS

APPETIT

rend le bon au bon

à tout âge de la vie
en toutes saisons



TUNISIE : V. BISMUTH - 4, Rue de Strasbourg - TUNIS

Fait intéressant, on a constaté assez récemment que certaines pneumopathies peuvent avoir chez l'adulte un rôle analogue à celui que jouent la rougeole et la coqueluche chez l'enfant. Tandis que les infections à pneumocoques ou à staphylocoques ne paraissent pratiquement jamais en cause, ce sont parfois des infections à streptocoques, et surtout les infections virales qui sont d'importants facteurs étiologiques (pneumonies atypiques à virus, et pneumopathies grip-pales).

Après les premières observations de BLADES et DUGAN, de KAY, les faits apportés par BACHMANN, HEWITT et BECKLEY paraissent très démonstratifs. Chez 60 malades provenant d'un contingent de recrues connues comme antérieurement saines et atteintes de pneumopathies à virus, ces auteurs ont observé 45 fois des distensions bronchiques transitoires analogues à celles que MARQUEZY a vu survenir chez l'enfant; dans 5 cas les bronchectasies sont demeurées définitives.

Ainsi, contrairement à ce que l'on a pu penser jadis, les bronchectasies peuvent se constituer chez l'adulte sous l'effet de pneumopathies particulières. Il est important de noter, pour ce qui sera envisagé plus loin, que MUGNAI et PALLINI, au cours de recherches histologiques précises, ont mis en évidence de manière constante des altérations des plexus nerveux bronchiques chez les sujets atteints de pneumopathies virales.

Pour en terminer avec ces brèves notions d'ordre étiologique, on rappellera que certaines pleurésies paraissent conditionner l'apparition de bronchectasies, et enfin que la distension bronchique avec hyper-sécrétion de la paroi fait partie de la sénescence broncho-pulmonaire, ainsi que nous avons pu le vérifier avec CHOMETTE au cours de nos études sur le poumon du vieillard.

II. — LA BRONCHORRHEE

D'autres remarques paraissent également utiles à propos de l'expectoration, le « maître-symptôme » de la dilatation des bronches. On n'a pas à revenir sur l'abondance, ni sur l'évolution par poussées de la bronchorrhée qui est bien le fait le plus constant et le plus révélateur de l'ectasie bronchique. Aucune description ne saurait être plus précise à cet égard que celle de LAENNEC, puis de TROUSSEAU. Depuis lors, tout le monde décrit sans discuter les couches superposées des expectorations dans le vase où elles sont recueillies, sans omettre la couche purulente inférieure. Or le pus fait le plus souvent défaut. Il convient d'attirer l'attention sur l'intérêt que présente pour préciser ce fait l'examen microscopique de l'expectoration. Celle-ci est, par sa constitution, le reflet fidèle de l'état de la paroi bronchique. L'examen de ses constituants représente bien ici, comme le disaient BEZANÇON et de JONGE, une véritable biopsie bronchique. Il faut répéter de tels examens microscopiques chez un même malade en dehors des poussées,

au cours des poussées, et ceci s'il est besoin, plusieurs fois par jour. Ils sont indispensables pour suivre un malade et pour classer dans un cadre précis la dilatation bronchique dont il est atteint.

Bien souvent l'étude microscopique montre uniquement du mucus associé à des polynucléaires intacts et à quelques éosinophiles, ceci aussi bien au cours des poussées — où le mucus augmente en abondance et en densité — qu'en dehors des poussées.

Parfois c'est un peu de mucus seulement, associé à des hématies en plus ou moins grand nombre et à des histiocytes. La présence de ces hématies traduit une congestion intense du chorion; elle permet souvent de prévoir la survenue d'une hémoptysie.

Enfin, on peut réellement constater des polynucléaires altérés, en plus ou moins grande abondance, soit seulement au cours des poussées de bronchorrhée, soit d'une manière permanente. Dans ce dernier cas, c'est l'expression d'une forme purulente de bronchectasie.

On devine les déductions importantes que l'on peut et que l'on doit tirer d'une telle étude. Elle fournit d'importants renseignements sur la forme et le type de la bronchectasie (les formes purement séro-muqueuses sont des formes de type atrophique) et aussi des indications thérapeutiques de haute valeur : l'administration d'antibiotiques, même si un mouvement fébrile se manifeste, est inutile s'il n'y a pas de pus; les formes constamment purulentes obligent à envisager formellement une exérèse chirurgicale.

III. — LES HEMOPTYSIES

Quelques précisions peuvent être données sur les hémoptysies des dilatations des bronches. Elles sont plus fréquentes qu'on a pu le dire. Dans 42 % de nos cas personnels sont survenues des hémoptysies. Elles sont plus fréquentes chez la femme.

L'hémoptysie est parfois révélatrice d'une bronchectasie latente (15 % des cas). Elle peut demeurer l'unique trouble fonctionnel de la maladie qui mérite bien alors le nom de forme sèche hémoptoïque que lui ont donné BEZANÇON, M. WEIL, Etienne BERNARD et AZOULAY; il s'agit surtout de formes ampullaires, et surtout de localisations au lobe supérieur, ou au lobe moyen. Plus souvent l'hémoptysie, symptôme isolé, est suivie, plus ou moins longtemps après, de la bronchorrhée caractéristique.

Beaucoup plus souvent encore, l'hémoptysie vient compliquer une dilatation bronchique connue (27 % des cas). Elle accompagne alors le début d'une poussée, ou marque la fin de celle-ci, ou représente, comme nous l'avons souligné avec Mme HOUDARD, l'équivalent d'une poussée évolutive de bronchorrhée. On sait enfin que chez la femme, elle est souvent rythmée par les cycles menstruels, chez les sujets en hyperfolliculinie.



TUNISIE : Ets COHEN-JONATHAN - 55, Av. de Londres — TUNIS

Les hémoptysies de la dilatation des bronches correspondent toujours à une forme de bronchectasie à paroi hypertrophique. On verra plus loin qu'elles résultent d'une érythrodiapédèse survenant dans l'épaisseur de la paroi bronchique modifiée et du parenchyme pulmonaire tributaire, et non de je ne sais quelle ulcération vasculaire affirmée sans aucune preuve par CORRIGAN et par d'autres auteurs plus récents.

IV. — CONFRONTATIONS ANATOMO-RADIOLOGIQUES. SIGNIFICATION DES DIFFERENTS TYPES DE DILATATIONS BRONCHIQUES

Edouard RIST disait volontiers que la lecture des radiographies pulmonaires permet des « études anatomo-pathologiques sur le vivant ». Si cette boutade est justifiée, c'est bien à propos des dilatations des bronches étudiées par bronchographie au moyen d'un liquide de contraste iodé. Cette pratique, dont il n'y a pas lieu de rappeler qu'elle est le seul moyen de reconnaître avec certitude les bronchectasies, d'en préciser les localisations, et d'en révéler la forme permet ainsi une véritable étude topographique et macroscopique des dilatations des bronches. Mais, d'autre part, on ne peut guère interpréter les aspects radiologiques observés sans avoir présents à l'esprit des faits d'ordre purement anatomo-pathologique. Ceci justifie l'introduction, à propos de ces remarques d'ordre radiologique, de notions qui devraient en réalité être précisées plus tard.

Les études radiologiques déjà anciennes de SERGENT et COTTENOT ont bien précisé, avec des comparaisons imagées, les aspects réalisés *in vivo* par les différentes formes de bronchectasies qui sont cylindriques, ampullaires, ou sacculaires, l'aspect moniliforme ayant une signification particulière sur laquelle nous reviendrons.

Pour comprendre les aspects radiologiques observés, deux notions sont essentielles : celle de la réduction du nombre des divisions bronchiques, et celle des altérations du parenchyme pulmonaire tubulaire des bronches dilatées.

Tout d'abord on sait que MAC REID a établi que, dans les poumons ayant atteint leur complet développement, les bronches présentent à l'état normal 26 divisions à partir du hile, aussi bien à droite qu'à gauche. On ne peut parler de bronchectasie que s'il existe une réduction du nombre de ces divisions car, dans le cas contraire, il s'agit de bronchorrhée avec distension, mais non pas de bronchectasie vraie. La réduction du nombre des divisions bronchiques indique une véritable involution d'un organite pulmonaire plus ou moins important. S'il ne reste plus que trois divisions (au lieu de 26), il s'agit d'une involution lobaire; s'il ne subsiste que quatre divisions, c'est une involution seg-

mentaire; six divisions, c'est une involution sous-segmentaire; une réduction de 10 divisions représente une involution lobulaire.

D'autre part, le parenchyme de l'organite ainsi involué, tributaire des bronches dilatées, est toujours modifié et se présente sous deux aspects. Tantôt il est densifié par une pneumonie réticulée hypertrophique, c'est-à-dire atélectasique. Tantôt il est raréfié, atteint de pneumonie réticulée atrophique, c'est-à-dire emphysémateux.

Ces deux ordres de faits, réduction du nombre des divisions bronchiques et état du parenchyme pulmonaire tributaire, conditionnent et expliquent les différentes formes des bronchectasies.

Les **bronchectasies cylindriques** méritent bien le qualificatif de « préterminales » que leur a donné DUPREZ, car la caractéristique de cette forme est de posséder un cul-de-sac à distance de la plèvre. Le parenchyme pulmonaire qui en dépend est densifié et atélectasique. L'importance de la réduction du nombre des divisions bronchiques conditionne les aspects radiologiques. S'il s'agit d'une involution de type lobulaire c'est l'aspect en « arbre d'hiver »; à une involution sous-segmentaire correspond un aspect d' « arbre élagué »; si l'involution est lobaire, se trouve réalisée une image d' « arbre ébranché » avec des culs-de-sac très éloignés de la plèvre. (Fig. 1).

Les **bronchectasies ampullaires**, inversement, se caractérisent par une distension limitée à la partie distale, et par un cul-de-sac terminal très large situé sous la plèvre, intéressant un organite entier. Les bronches segmentaires et sous-segmentaires ne sont pas dilatées mais, à l'extrémité et souvent le long de chacune d'entre elles sont appendues des cavités qui, suivant leurs dimensions et leur état de réplétion, réalisent sur le bronchogramme des aspects comparables à un fruit de sureau, à une grappe de raisin, à des nids de pigeon. (Fig. 2).

Cette forme ampillaire a un aspect majeur méritant la dénomination de « cavitaire », avec des images hydro-aériques étagées, parfois visibles sur les clichés prébronchographiques et confondues parfois avec des bulles d'emphysème.

Les **bronchectasies sacculaires** présentent deux critères essentiels : une dilatation portant sur l'ensemble des bronches, du hile à la périphérie, et un cul-de-sac terminal large et périphérique, c'est-à-dire à périphérie, et un cul-de-sac terminal large et périphérique, c'est-à-dire une involution pulmonaire à type de pneumonie réticulée atrophique. C'est, si l'on veut, une association des altérations qui conditionnent les formes cylindriques et de celles qui commandent les formes ampullaires. Suivant l'importance de la réduction des divisions bronchiques, on peut distinguer des sacculaires courtes, dans lesquelles il ne persiste plus que 4 ou 5 générations bronchiques, et des sacculaires longues, avec 6 à 8 divisions identifiables, conditionnant les aspects en « grappes de glycine », en « doigts de gant », ou en « régime de bananes ». (Fig. 3).

Les bronchectasies moniliformes ne constituent pas une catégorie particulière. L'aspect en crosse du Japon correspond à une variété morphologique qui s'observe aussi bien dans les formes cylindriques que dans les formes sacculaires, et dont on verra plus loin le substratum anatomo-pathologique.

V. — ASPECTS ENDOSCOPIQUES

La bronchoscopie ne peut être considérée comme un examen superficiel dans l'étude clinique des bronchectasies. Elle permet tout d'abord d'affirmer qu'il s'agit bien de bronchectasies primitives, en éliminant un corps étranger méconnu, une tuberculose bronchique sténosante, et surtout une tumeur bronchique (tumeur bénigne, carcinoïde, ou carcinome épidermoïde latent).

En dehors de ce rôle essentiel, la bronchoscopie fournit d'importants renseignements sur l'état de la muqueuse bronchique, parfois atrophique et très mince, plus souvent considérablement hypertrophique, épaisse et tomenteuse, toujours fragile, comme le notent SOULAS et MOUNIER-KUHN, et saignant facilement. Surtout elle permet d'observer la béance des canaux excréteurs des glandes bronchiques sur laquelle DUPREZ a justement insisté. On peut observer facilement, surtout au niveau des éperons sus-jacents à la bronchectasie, de nombreux orifices béants qui correspondent, soit à des glandes kystiques, soit à des canaux excréteurs dilatés. (Fig. 4 et 5).

Ce n'est d'ailleurs pas seulement par endoscopie que s'observent ces modifications. Les bronchographies des bronches proximales peuvent objectiver parfaitement ces distensions glandulaires sous forme de petites images diverticulaires sphérolaires ou d'opacités linéaires disposées perpendiculairement à la bronche comme les dents d'un peigne.

Ainsi l'exploration des troncs bronchiques proximaux, tant endoscopique que bronchographique, présente une grande importance en révélant les hyperplasies et distensions glandulaires. On verra plus loin que c'est au développement de ces glandes que peut être attribuée surtout la bronchorrhée, les bronches dilatées sécrétant assez peu elles-mêmes. Comme l'ont souligné DUPREZ et MATHEY, la méconnaissance de telles altérations des bronches proximales expose ainsi de graves mécomptes après exérèse chirurgicale d'un foyer de bronchectasie.

VI. — ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES DILATATIONS DES BRONCHES

L'étude anatomique des bronchectasies s'est enrichie de beaucoup de faits nouveaux depuis que les pathologistes ont à leur disposition non plus seulement des pièces d'autopsie, mais des pièces d'exérèse chirurgicale dépourvues des graves lésions traduisant des complications mortelles.

Il faut rappeler que, pour être fructueux, l'examen anatomique des lésions complexes qui caractérisent les bronchectasies, exige des techniques rigoureuses de fixation, de dissection, de prélèvement que seule une longue expérience dans la discipline anatomo-pathologique permet de mettre en œuvre.

Il ne saurait être question de rappeler ici tout ce que peut apprendre une telle étude anatomique, et l'on évoquera seulement quelques faits parce qu'ils ont été plus récemment précisés, ou parce qu'ils sont décisifs dans l'interprétation du mécanisme des lésions.

Les différentes formes macroscopiques des bronchectasies répondent bien dans l'ensemble aux divers aspects bronchographiques que l'on prendra soin, dans chaque cas, de comparer aux altérations bronchiques observées. Pas tout à fait cependant, car il faut savoir que le produit de contraste ne remplit pas toutes les bronches dilatées, on les remplit incomplètement du fait de la présence dans celles-ci d'une grande abondance de mucus ou de pus. Les trois grandes formes cylindriques, ampullaires, sacculaires sont aussi aisément identifiées et différenciées anatomiquement que radiologiquement, ainsi que la réduction du nombre des divisions bronchiques et les divers types d'involution des organites pulmonaires qui les caractérisent. (Fig. 1, 2, 3).

On constate aussi d'emblée qu'il y a deux variétés de bronchectasies, suivant l'aspect de leur paroi : la forme hypertrophique et la forme atrophique, l'une et l'autre parfaitement identifiées et magistralement décrites par LAENNEC. Chacune de ces deux variétés s'observe dans les trois formes de bronchectasies. Il y a des dilatations bronchiques cylindriques atrophiques et des dilatations cylindriques hypertrophiques, il en est de même des formes ampullaires et des formes sacculaires. C'est parmi les formes cylindriques atrophiques que se place l'aspect moniliforme, en chapelet, ou en crosne du Japon. Il répond à une atrophie particulièrement marquée de la paroi, hérissée de crêtes transversales ou obliques qui représentent des pièces cartilagineuses non involuées. (Fig. 6).

L'étude du cul-de-sac terminal des bronchectasies présente un intérêt tout particulier, en raison des discussions et des interprétations diverses qui en ont été données. LAENNEC avait écrit que de petites bronches normales s'y ouvrent. DUPREZ et surtout GALY et TOURAINE ont insisté sur le fait que ces bronchioles sont altérées, véritables bronchiolites oblitérantes à quoi ces auteurs attribuent les lésions du parenchyme pulmonaire qui fait suite au cul-de-sac. En réalité, si l'on peut observer en effet des bronchioles à la suite du cul-de-sac des bronchectasies cylindriques, celles-ci représentent les bronchioles lobulaires d'un organite atteint d'atélectasie; elles sont rétractées et collabées du fait de cette atélectasie, et il n'est possible de voir en ceci la cause des modifications parenchymateuses dont elles sont l'effet (Fig. 7). En revanche, dans les formes ampullaires et sacculaires, le cul-de-sac n'est plus en entonnoir, mais dilaté en ballon et il n'est pas possible d'observer

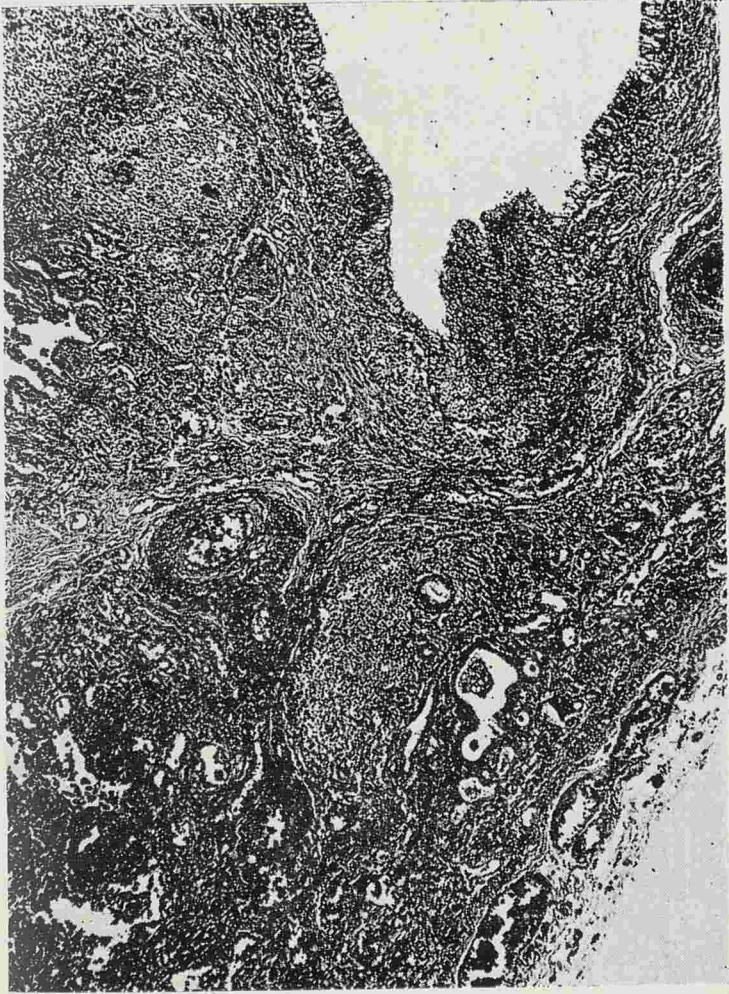


FIG. 7. — Cul-de-sac terminal d'une bronchectasie cylindrique, enchâssé dans un parenchyme pulmonaire atelectasique.

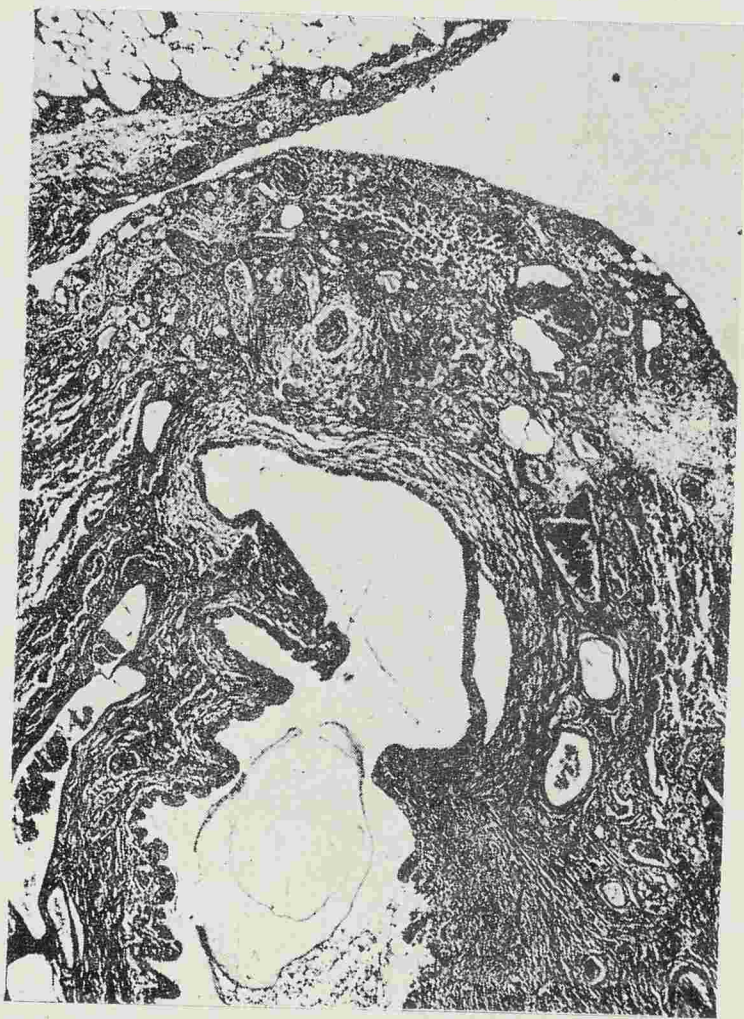


FIG. 8. — Cul-de-sac sous-pleural d'une bronchiectasie ampullaire.
Noter l'abondance des vaisseaux qui l'entourent.

l'ouverture de la moindre bronchiole. Le fond d'un cul-de-sac représente la limite d'un organite pulmonaire tout entier distendu, et ceci mérite bien le nom d' « ectasie bronchio-alvéolaire ». (Fig. 8).

Ces constatations sont de la plus haute importance. Elles démontrent que la bronchectasie représente non pas une altération purement bronchique, mais une lésion broncho-pulmonaire, frappant l'ensemble d'un organite broncho-pulmonaire. C'est le type d'involution du parenchyme tributaire du pédicule bronchique atteint (atélectasie ou emphyseme) qui commande le type morphologique, cylindrique ou ampullaire, de la dilatation bronchique.

L'étude histologique minutieuse de la paroi des bronches dilatées, du parenchyme pulmonaire du même organite et des organites voisins met en évidence des modifications de l'épithélium bronchique, des glandes, du chorion, des muscles, de l'armature élastique, des adventices péri-bronchiques. Ces modifications sont aujourd'hui bien précisées. On a pu constater que la réalité est bien différente de ce que les auteurs antérieurs décrivaient jadis, notamment à propos de la muqueuse bronchique qui, loin d'être détruite, est au contraire le plus souvent hyperplasique, et en état d'hypersécrétion. Il n'y a pas lieu de revenir ici sur de tels faits. Il faut insister en revanche sur les lésions des nerfs bronchiques, longtemps méconnues, et qui sont en réalité constantes. Les phénomènes d'hypersécrétion, les phénomènes congestifs occupant la paroi des bronches et le parenchyme pulmonaire avoisinant, et qui sont le substratum de la symptomatologie fonctionnelle, permettaient bien d'en soupçonner l'existence. Les recherches de SUNDER-PLOSSMANN, de MARINO et FANFANI, puis celles d'ABÉLANET, sont venues objectiver ces altérations nerveuses. L'altération porte essentiellement sur les ganglions nerveux. Les coupes en série montrent que, surtout lorsque la sclérose adventitielle péribronchique est très marquée, ceux-ci ont complètement disparu. A un moindre degré les cellules ganglionnaires sont visibles par place, mais présentent d'importantes altérations nucléaires et cytoplasmiques. Il faut noter qu'elles sont très semblables à celles que MUGNAT et PALLINI ont constatées dans les pneumopathies à virus, humaines et expérimentales. Dans quelques cas s'observent une hyperplasie des fibres nerveuses, véritables petits schwannomes qui entrent en contact avec des vaisseaux pour réaliser d'authentiques glomérules neuro-vasculaires.

On s'arrêtera davantage sur les lésions vasculaires et les modifications circulatoires parce que l'on peut à bon droit les considérer comme l'une des acquisitions les plus importantes qui aient été faites depuis quelques années dans l'étude des bronchectasies. On ne s'étendra guère sur les lésions des artères pulmonaires qui sont inconstantes, tardives, et probablement contingentes; ce sont les altérations des artères bronchiques qui méritent surtout de retenir l'attention. Depuis bien longtemps des modifications artérielles avaient été vues dans l'adventice des bronches dilatées. DÉJERINE et SOTTAS en avaient fait l'observation en

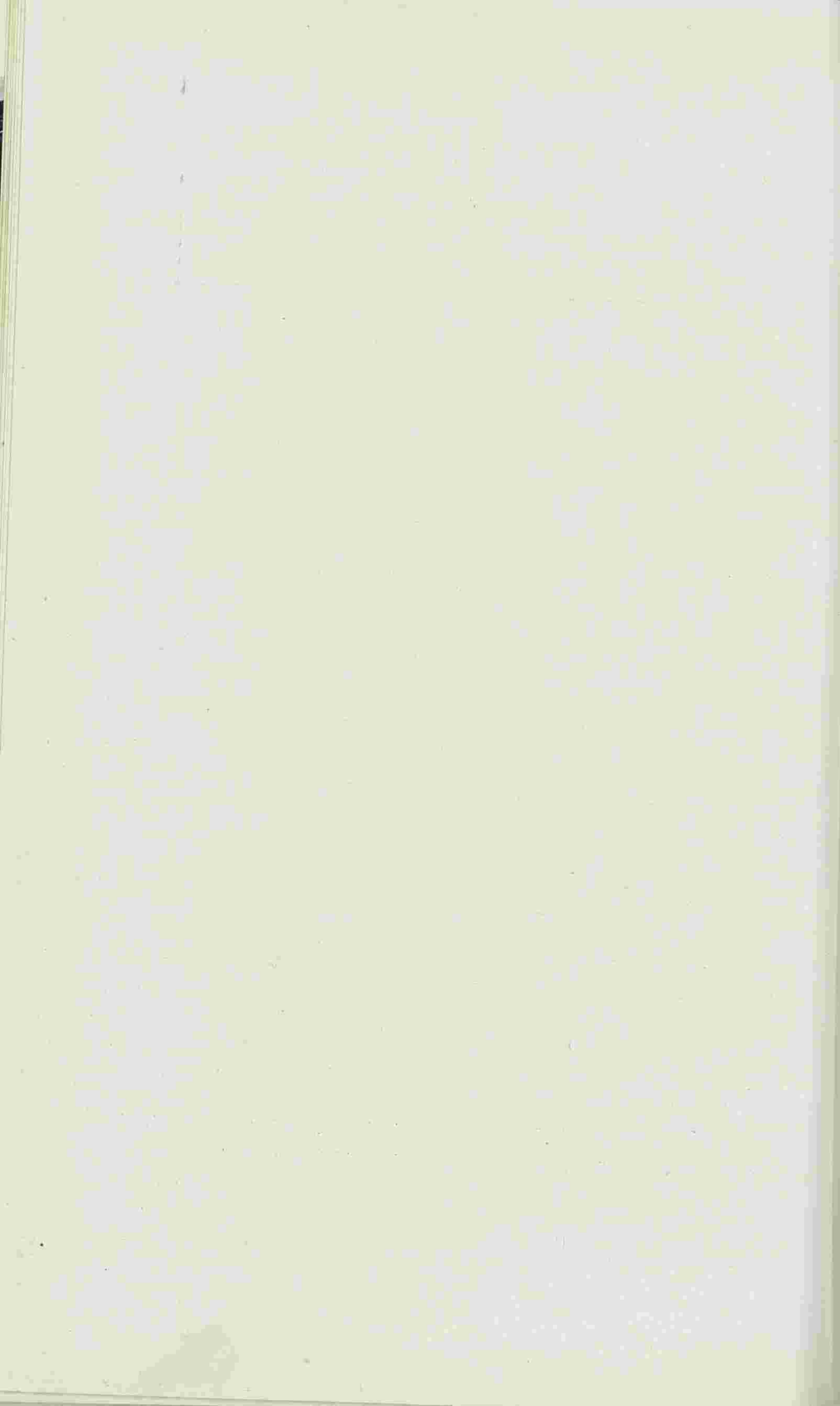
1893. On sait que TRIPIER, puis LETULLE voyaient dans ces prétendues endartérites des arguments, repris par SERGENT et BENDA, en faveur du rôle de la syphilis, et que AMEUILLE, MÉZARD et LEMOINE y avaient vu la source de je ne sais quel « trouble trophique » responsable des altérations pariétales de la bronche et de la dilatacion de celle-ci. Ce n'étaient là qu'erreurs d'interprétation. Loin d'être réduites et atteintes d'endartérite, les artères bronchiques qui accompagnent ces bronches dilatées sont au contraire considérablement développées, distendues, flexueuses, et les chirurgiens le savent bien. Les artères modifiées, soi-disant atteintes d'endartérite, répondent en réalité aux « segments d'arrêt » anastomotiques dont la présence a été démontrée par von HAYEK et par WATZKA, dont la structure a été étudiée par WOOD et MILLER, et la physiologie surtout par LIEBOW. Avec MIGNOT et PAILLAS, nous avons pu constater dans la paroi des bronchectasies la présence de très nombreux segments d'arrêt de von HAYEK, et aussi celle de véritables formations glomiques, jamais observées jusqu'alors.

L'exacte signification de ces artères modifiées si spéciale est démontrée par les méthodes angiographiques. La plastification artérielle, utilisée par LIEBOW, par GILROY, WILSON et MARCHAND, et par DUPREZ, démontre bien qu'il s'agit d'anastomoses entre le système artériel bronchique et le système pulmonaire, ainsi que l'avait vu von HAYEK. La méthode angiographique que nous avons mise au point est plus fidèle et plus précise. De plus, elle permet une étude histologique ultérieure, interdite après plastification. De telles angiographies, complétées par des reconstitutions plastiques ou graphiques montrent, en cas de dilatation des bronches, un développement important des artères bronchiques qui sont larges, flexueuses, en « vrilles de vigne ». Elles démontrent la présence d'un nombre considérable d'anastomoses entre le système artériel bronchique et le système artériel pulmonaire, tandis que le poumon normal n'en présente que d'une manière exceptionnelle. Ces anastomoses siègent surtout dans la partie distale de la dilatation des bronches, et en plus petit nombre dans le segment proximal de celle-ci. On a beaucoup discuté sur leur disposition. A l'inverse de LIEBOW, de WOOD et MILLER, nous pensons qu'elles sont termino-latérales permettant seulement un passage du sang de l'artère bronchique à l'artère pulmonaire et non inversement. (Fig. 9).

La démonstration anatomique de ces anastomoses a été complétée par la démonstration de leur rôle physiologique. Un premier fait, bien connu de tous les cliniciens, pouvait déjà en faire soupçonner l'existence. Bien souvent en effet les angio-pneumographies démontrent que les branches artérielles pulmonaires ne sont pas injectées par la substance de contraste dans les foyers de bronchectasies; les artères pulmonaires étant intactes, il ne peut s'agir que d'une modification « fonctionnelle ». LIEBOW, puis TURTI, puis DAUSSY et ABELANET ont démontré, à l'aide de cathétérismes de l'artère pulmonaire, des augmentations de pression et des élévations considérables du taux de l'oxygène qui traduisent bien physiologiquement la présence de ces « shunts » et leur rôle.



FIG. 9. — Paroi d'une bronchectasie cylindrique comportant de nombreux segments artériels d'arrêt.



On devine aisément l'importance que peut avoir la connaissance de ces modifications circulatoires pour comprendre les symptômes et l'évolution de la maladie. Il est hors de doute que l'afflux de la circulation bronchique, que l'ouverture et la fermeture des anastomoses expliquent les poussées d'hypersécrétation, et la survenue des hémoptysies et la dyspnée, comme elles permettent de comprendre les profondes modifications structurales de la paroi bronchique. Il est évident d'autre part que ces multiples anastomoses entre le système artériel bronchique et le système artériel pulmonaire jouent un rôle identique à celui des fistules artério-veineuses dans la genèse de l'hippocratisme digital, de l'insuffisance ventriculaire droite, et même de l'hypertrophie ventriculaire gauche. On conçoit que les poussées qui jalonnent l'évolution des bronchectasies et que le pronostic soient liés en très grande partie aux modifications circulatoires qui viennent d'être brièvement évoquées.

Les recherches récentes de SCARINCI ont pu apporter à ce sujet d'intéressantes précisions. Chez plusieurs malades, cet auteur a pu constater que, avant une poussée bronchorrhéique, l'aspect angiopneumographique est normal et que le cathétérisme artériel pulmonaire donne des résultats normaux. Au cours de la poussée, l'angiographie révèle une amputation de l'artère pulmonaire liée au foyer de bronchectasie et le cathétérisme met en évidence une hypertension avec élévation du taux de l'oxygène du côté où siège la dilatation des bronches. Après la poussée tout redevient normal. Le même auteur observe que, en cas de bronchectasie irréductible, à bronchorrhée importante et constante, avec hippocratisme digital, les modifications angiographiques, l'hypertension artérielle pulmonaire et l'élévation du taux de l'oxygène dans ce vaisseau sont permanents, et que la souffrance du ventricule droit est alors menaçante.

VII. — PATHOGENIE

L'analyse des troubles fonctionnels traduisent la dilatation des bronches et de leur physiopathologie, et surtout les importantes acquisitions faites grâce à une étude anatomo-pathologique précise ne pouvaient pas ne pas avoir de profondes répercussions sur nos idées relatives au mode de formation, à la pathogénie des bronchectasies.

On sait que de nombreuses opinions ont été exprimées à ce sujet et qu'un certain nombre d'auteurs encore mal informés, ou trompés par des investigations mal conduites, demeurent attachés à des opinions qui paraissent à bon droit insoutenables. Certains, de moins en moins nombreux, admettent encore, comme BARTH, comme SAUERBRUCH, que les dilatations des bronches procèdent d'une anomalie congénitale, d'une altération du genotype ou d'un trouble au développement fœtal; la connaissance des vraies bronchectasies congénitales, et notamment des séquestrations pulmonaires et des kystes bronchogéniques est venue heureusement aujourd'hui démontrer l'inexactitude de cette doc-

trine. D'autres invoquent encore les « forces de pulsion intra-thoraciques », envisagées par LAENNEC, sous le prétexte que l'on sait bien aujourd'hui, depuis CHEVALIER, JACKSON, que des ectasies sont souvent observées en amont des sténoses bronchiques. D'autres enfin, à la suite de TRIPIER et LETULLE, demeurent attachés à l'idée que de si importantes modifications des bronches résultent de lésions inflammatoires graves, « térébrantes » de la paroi, suivant les trois stades suivants : bronche enflammée, bronche désarmée, bronche dilatée.

Mais, si l'on veut bien réfléchir aux conditions dans lesquelles s'observent les dilatations des bronches, aux troubles fonctionnels qui les manifestent en clinique, aux lésions qui les caractérisent, on peut trouver sans peine des arguments qui permettent de fournir une autre explication. La connaissance si importante des distensions bronchiques transitoires au cours des coqueluches et de certaines pneumopathies de l'adulte, l'analyse des poussées bronchorrhéiques, et des circonstances dans lesquelles elles apparaissent, l'étude du mécanisme vaso-moteur des hémoptysies, l'analyse des altérations de la muqueuse des bronches et de leur armature musculaire nous avaient déjà permis d'avancer, en 1946, que la dilatation des bronches procède sans nul doute d'un trouble nerveux et neuro-circulatoire, et que les troubles qui l'accompagnent sont l'effet de perturbations du même ordre, intéressant non seulement la bronche elle-même, mais tout l'organite pulmonaire dont elle n'est qu'un élément. La connaissance récemment acquise des altérations nerveuses observées dans les pneumopathies à virus génératrices de bronchectasies et dans la paroi des bronches dilatées, et surtout les précisions qu'il nous a été permis d'apporter sur les profondes modifications vasculaires et circulatoires sont venues apporter des arguments de grande valeur en faveur de cette thèse. En effet, comme on l'a vu plus haut, le développement de la circulation anastomotique entre les artères bronchiques et les artères pulmonaires est seule capable de fournir la clé de la physio-pathologie des bronchectasies.

Mais il s'agissait de savoir si les modifications circulatoires peuvent être à elles seules génératrices de dilatations des bronches, comme nous l'avons cru un moment, ou si elles sont commandées par une perturbation nerveuse préalable. D'autre part, surtout au pays de Claude BERNARD, on ne peut admettre de doctrine pathogénique qui ne soit confirmée par des constatations expérimentales indiscutables.

C'est dans cet esprit que, avec ABÉLANET, nous avons entrepris un certain nombre de contrôles expérimentaux chez le Chien, choisi en raison des facilités d'observation radiologique, endoscopique, angiographique qu'offre cet animal, et aussi parce que l'on ne connaît pas chez lui de bronchectasies spontanées. Dans ces contrôles expérimentaux, nous nous sommes proposé trois buts précis : essayer tout d'abord de reproduire des perturbations circulatoires identiques à celles que nous avons constatées dans les bronchectasies humaines et de voir si elles sont capables d'entraîner une modification du calibre et de la struc-

CHATEL - GUYON

SAISON DU 10 MAI AU 30 SEPTEMBRE

AUVERGNE (Puy-de-Dôme) — Altitude 400 m.

400 km. de PARIS

Voitures directes — Express thermaux — PARIS et MARSEILLE

Aéroport CLERMONT — AULNAT

CHATEL-GUYON possède les eaux les plus riches du monde en chlorure de magnésium assimilable.

CHATEL-GUYON s'adresse aux affections de l'intestin, constipation, colites, dysenteries, diarrhées, séquelles d'appendicite.

La cure de **CHATEL-GUYON** est particulièrement active contre les troubles intestinaux des enfants à tous les âges. Elle s'oppose à l'anaphylaxie et améliore l'état général.

CHATEL-GUYON combat la colibacillose en empêchant la stase et les fermentations intestinales, en cicatrisant les muqueuses et en supprimant les foyers de résorption.

CHATEL-GUYON est cholagogue, corrige l'insuffisance hépatique et la stase vésiculaire.

CHATEL-GUYON est la station idéale de l'amibiase et des entéro-colites coloniales.

CHATEL-GUYON combat l'embonpoint.

CHATEL-GUYON toujours à l'avant-garde du progrès, ne cesse de moderniser et de perfectionner ses établissements et leur équipement. Il s'est ainsi placé au premier rang du thermalisme mondial.

Ses installations complémentaires nouvelles permettent de traiter avec succès : les troubles rhinopharyngés, la cellulite et de donner avec une efficacité indiscutable les soins gynécologiques. Tous traitements électriques, etc...

A domicile boire **CHATEL-GUYON** « Gubler », eau de cure;

CHATEL-GUYON « Légère », eau de table.

Renseignements :

SOCIETE DES EAUX MINERALES ET DES ETABLISSEMENTS

THERMAUX « GRANDS THERMES » — CHATEL-GUYON

ture des bronches; déterminer d'autre part des irritations endobronchiques localisées et non sténosantes pour étudier le comportement des bronches sous-jacentes; enfin tenter, par des irritations nerveuses à distance, de reproduire les lésions observées en pathologie humaine.

Nous avons tout d'abord réalisé chez le chien des anastomoses de BLALOCK (anastomose termino-latérale entre l'artère sous-clavière et l'artère pulmonaire) et de PORTS (anastomose termino-latérale entre l'artère pulmonaire gauche et l'aorte thoracique) : aucune altération des parois bronchiques n'a été observée, et non plus aucune modification de la circulation artérielle bronchique. La ligature ou la sténose de l'artère pulmonaire, réalisées chez d'autres chiens, ont déterminé en revanche le développement de quelques segments d'arrêt anastomotiques artériels dans la paroi bronchique. Le développement d'anastomoses ainsi créé entraîne quelques modifications de structure des parois bronchiques, mais aucune augmentation du calibre bronchique n'est observé. L'irritation endobronchique limitée à un segment bronchique localisé (bronche souche ou bronche lobaire) est en revanche déterminante. Pour la réaliser dans des conditions expérimentales rigoureuses, nous avons eu recours à des badigeonnages localisés par une solution de potasse à 20 %, à la mise en place dans la bronche d'un cylindre de treillis métallique, et à l'association des deux procédés, ceci sans déterminer de sténose bronchique, condition indispensable de la démonstration. Grâce à ces trois procédés, on détermine l'apparition, dès le 90^e jour ou le 100^e jour d'observation, des altérations qui reproduisent avec exactitude les deux aspects morphologiques des bronchectasies humaines avec les perturbations circulatoires typiques qui les accompagnent. L'irritation par la potasse engendre des formes atrophiques, tandis que la pose du cylindre métallique produit des modifications circulatoires plus importantes et plus durables, aboutissant à des formes hypertrophiques. L'étude anatomo-pathologique des pièces expérimentales démontre que ce sont les altérations de la péri-bronche et des vaisseaux et des nerfs qui s'y trouvent qui sont déterminantes.

Mais il importait de tenter de préciser le rôle des altérations nerveuses constamment rencontrées, comme on l'a vu plus haut dans la paroi des bronchectasies humaines. Ces altérations sont-elles secondaires à l'inflammation péri-bronchique, ou bien ont-elles un rôle dans le déterminisme de la dilatation du conduit aérien ? Pour tenter de répondre à cette question, et sachant depuis les travaux de LARSELL que les ganglions nerveux bronchiques sont en rapport étroit avec le para-sympathique, nous avons réalisé des alcoolisations du tronc vago-sympathique droit chez le chien, et suivi les animaux ainsi traités pendant 60, 120, 150 et 180 jours après l'alcoolisation. Ces tentatives ont répondu à ce que nous attendions. Dans tous les cas s'est produite une augmentation de calibre considérable des bronches du côté droit, d'autant plus importante que les animaux ont été sacrifiés plus tard après l'intervention (Fig. 10). Ce sont de véritables bronchectasies, de type



FIG. 10. — Bronchectasie obtenue chez le Chien par section
du tronc vago-sympathique.

atrophique avec amenuisement de tous les éléments de la paroi, disparition des ganglions nerveux, et développement des artères bronchiques et des segments d'arrêt anastomotiques. On peut ainsi conclure que l'alcoolisation du tronc vago-sympathique engendre des bronchectasies typiques chez le chien. Il n'est pas possible de savoir avec exactitude quel trouble physiologique on déclanche, puisque sympathique et para-sympathique sont réunis dans un tronc commun. Il y a tout lieu de penser que cette perturbation est complexe, subordonnée à des incitations multiples et « contradictoires », une fois réalisée l'énervation normale de la bronche.

Tous ces faits permettent à bon droit de se faire une idée assez cohérente du mode de constitution de la dilatation des bronches telle qu'on l'observe en pathologie humaine. La perturbation initiale est certainement nerveuse. Elle engendre la distension bronchique. Lorsqu'elle est durable, irréversible ou entretenue, elle est le facteur déterminant de modifications circulatoires régionales. Celles-ci commandent les altérations structurales de la bronche et du parenchyme pulmonaire de l'organite intéressé, et l'on peut être assuré que les formes « hypertrophiques » des bronchectasies sont celles qui correspondent aux troubles circulatoires les plus accusés. On comprend d'autre part aisément que le jeu d'ouverture et de fermeture des anastomoses artérielles soit déterminant dans les poussées de bronchorrhée, dans les hémoptysies, et aussi l'apparition du syndrome circulatoire de LIEBOW et de l'insuffisance cardiaque des dilatations bronchiques anciennes, étendues et irréductibles.

* * *

Il n'est pas interdit de penser que les considérations d'ordre anatomo-pathologique et pathogénique qui précèdent n'ont pas seulement un intérêt spéculatif, et ne sont pas seulement ce que LAENNEC appelait des « amusements de l'esprit ». Elles sont de nature à suggérer d'utiles réflexions relatives aux indications thérapeutiques des bronchectasies. La mise en évidence des hyperplasies glandulaires du segment proximal non distendu des bronches dilatées explique les échecs de certaines exérèses chirurgicales, et la persistance après celles-ci de la bronchorrhée. La connaissance du mécanisme de l'hypersécrétion et des hémoptysies justifierait la mise en œuvre de thérapeutiques purement fonctionnelles destinées aux perturbations neuro-circulatoires dont elles sont l'expression. Enfin, la révélation que les bronchectasies ne procèdent ni d'une sténose bronchique, ni d'une bronchite térébrante localisée conduit à beaucoup de circonspection dans les indications opératoires, car il en découle la notion que la dilatation des bronches n'est pas une altération fixée, mais qu'elle peut être réversible, ou notablement améliorée par des traitements purement médicaux, ou au contraire évolutive et extensive, mais longtemps bien tolérée.

C'est dans leur application au traitement des broncheectasies, qui ne peut être envisagé ici, que se trouve le principal intérêt des recherches brièvement résumées ici.

— 0 —

On trouvera une bibliographie complète des questions envisagées ci-dessus dans la thèse de R. ABELANET (Paris 1956) et dans le mémoire suivant : DELARUE (J.) et ABELANET (R.) : « Les broncheectasies primitives - Etude expérimentale et essai d'interprétation pathogénique », Annales d'Anatomie Pathologique, Tome 1, n° 3, 1956, pp. 257-278.

vicéine

grippe

antialgique
antipyrétique
analeptique
antirhumatismal
à la vitamine C

pour adultes : comprimés
 formule spéciale
 pour enfants : suppositoires

Laboratoire **ROGER DELLON** Neuilly
 Paris

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

Etude Clinique, Radiologique et Electrique du Retrecissement Aortique Orificiel

par le Dr M. BEN NACEUR

— 0 —

Le R. Ao considéré comme une affection rare a connu depuis quelques années un regain d'actualité.

GALLAVARDIN, en 1906-1930, consacra d'importants travaux à l'aspect clinique de l'affection.

SOSMAN et WOSIKA, en 1933, décrivirent les calcifications. Description reprise par LENÈGRE et MATHIVAS en 1944.

L'école mexicaine étudia les signes électriques, études que l'école de SOULIÉ reprit en 1955.

BAILEY, en 1952, pratiqua la première commissurotomie.

FREQUENCE

— Des 21 observations que nous présentons, 19 ont été recueillies dans notre service au cours de l'année 1959.

— Le nombre total des malades hospitalisés a été pendant la même année de 270, parmi lesquels nous avons compté :

36 retrécissements mitraux (13 %);

26 I. A. (10 %).

Le R. Ao représente donc 7 % de l'ensemble des hospitalisés.

ETIOLOGIE

L'étiologie rhumatismale est la plus fréquente et la mieux établie. Retrouvée globalement 13 fois sur 21, c'est-à-dire dans 61 % des cas, sa fréquence est variable selon qu'il s'agit :

— d'un R. Ao pur ou associé à d'autres lésions valvulaires;

— d'un R. Ao calcifié ou non calcifié.

1° Dans le R. Ao associé à d'autres lésions valvulaires, le rhumatisme est retrouvé dans notre série dans 66 % des cas, dans la statistique de LENÈGRE dans 70 % des cas.

2° Dans le R. Ao pur, le rhumatisme est retrouvé par nous dans 40 % des cas, par LENÈGRE dans 34,3 % des cas.

3° Dans le R. Ao calcifié, la fréquence du rhumatisme est très différente selon les statistiques :

- 20 % dans les statistiques de LENÈGRE;
- 50 % dans notre série;
- presque toujours pour FRIDBERG qui ne cite pas de chiffre.

En dehors de l'étiologie rhumatismale évidente et bien établie, d'autres étiologies d'importance variable :

- le R. Ao congénital, rare;
- le R. Ao non rhumatismal du sujet jeune, décrit par GALLAVARDIN;
- le R. Ao dégénératif ou athéro-scléreux du sujet âgé, qui est fréquemment calcifié.

Le sexe : Toutes les statistiques s'accordent sur la fréquence du R. Ao chez les hommes (65-70 % des cas).

L'âge : Les deux âges extrêmes de notre série sont de 8 et 77 ans. Dans le R. Ao calcifié l'âge moyen est de 46 ans. Dans le R. Ao rhumatismal l'âge moyen est de 23 ans.

ETUDE CLINIQUE

En dehors des symptômes communs à plusieurs cardiopathies, 2 signes sont propres au R. Ao :

- l'angine de poitrine d'effort,
- et les syncopes d'effort.

1° L'angine de poitrine d'effort : Nous l'avons retrouvé dans 20 % de l'ensemble de nos R. Ao; FRIDBERG la signale dans 10 à 20 % des cas. Dans le R. Ao pur ou prédominant, cette fréquence est la plus importante :

- 56 % dans notre série;
- 52 % dans la série de LENÈGRE.

Elle présente les mêmes caractères cliniques que l'angine d'effort par athéro-sclérose. Cependant elle est plus tenace, résiste à toutes les thérapeutiques habituelles de l'A. de P. Un de nos cas a été amélioré uniquement par les diurétiques mercuriels. Elle répond parfaitement à une commissurotomie efficace.

Les troubles nerveux sont retrouvés plus fréquemment :

- dans 30 % des cas de MAC GINN et WHITE;
- dans 20 % des cas de la série de LENÈGRE;
- 5 fois sur 21 dans notre série, c'est-à-dire dans 20 % des cas.

**cholérétique
de synthèse**

Nouveau

HEBUCOL

granulé infantile
aromatisé

dosé à
1,25 g. % de
(hydroxy-1-cyclohexyl)
butyrate de sodium

HEBUCOL

- ampoules
- comprimés



gran. P. L. 3.5.5.
comp. • 6.5.5. • AMG
amp. • 6.5.5. • AMG

Il s'agit rarement d'une syncope d'effort vraie; plus fréquemment de leur équivalent mineur, la lipothymie d'effort. La conjonction de ces 2 symptômes n'est réalisée que par le R. Ao, c'est l'angor syncopal décrit par GALLAVARDIN : c'est une douleur angineuse qui survient à l'effort et qui s'accompagne à son acmé d'une perte de connaissance. Nous ne l'avons jamais rencontré.

L'examen physique révèle une symptomatologie simple qui fait que le R. Ao est avec le R. M. les 2 affections cardiaques dont le diagnostic est le plus aisé. Trois signes permettent ce diagnostic :

- 1° le frémissement cataire;
- 2° le souffle systolique de base;
- 3° la disparition ou la diminution du 2^e bruit.

1° **Le frémissement cataire** : qui coïncide avec le maximum du souffle au 2^e E. I. droit, retrouvé par LENÈGRE dans 86 % des cas, par nous-mêmes 17 fois sur 21, à savoir 80 % des cas. Il demande à être recherché minutieusement en position couchée, mais aussi en position assise, penché en avant, en expiration profonde. 5 fois sur 17, le frémissement n'a été retrouvé que dans cette position.

2° **Le souffle systolique** : dont le principal caractère est le timbre. Il est rude, râpeux, serratique. Il est maximum au 2^e E. I. D. ou au-dessous de la tête claviculaire. Il irradie vers les vaisseaux de la base. Son intensité est variable, il peut être assez bref, mais garde son timbre rude.

3° **La disparition ou diminution du 2^e bruit** : au foyer aortique, c'est-à-dire à l'extrémité interne du 2^e E. I. D., complète la triade caractéristique. NORMAND note sa disparition dans 57 % des cas, sa diminution dans 17 % des cas et le trouve normal dans 1/4 des cas. Dans notre série, 2 fois sur 21 cas (9 %), nous avons retenu le diagnostic de R. Ao avec un 2^e bruit normal. Sur les 19 cas restants, 5 fois, le 2^e bruit, était nettement diminué (23 % des cas), 14 fois totalement disparu (65 % des cas).

— **Le souffle diastolique de base** : que LENÈGRE retrouve dans la moitié des cas de R. Ao orificiel et 3 fois sur 4 dans le R. Ao calcifié. Nous l'avons retrouvé plus fréquemment : dans 75 % des R. Ao orificiel calcifié ou non. Une seule fois sur les 16 cas, cette fuite diastolique a été notée peu importante et n'a pas élargi la différentielle.

— **Le souffle systolique de pointe** : présent dans 85 % de nos observations est interprété différemment. L'école française le décrit comme l'irradiation à la pointe du souffle systolique du R. Ao et lui trouve fréquemment ce timbre rude du souffle systolique de base qui permet de la différencier du souffle systolique doux, en jet de vapeur de l'insuffisance mitrale. Cette interprétation ne recouvre certainement pas toute la vérité, car ce souffle systolique peut être dû à l'évidence à une insuffisance mitrale organique lorsque existe un R. M. associé, ce qui est le cas de 2 de nos observations ou à une insuffisance mitrale fon-



LABORATOIRES DEGLAUDE

15, Boulevard Pasteur, PARIS-XV*

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPECIALISÉS



DIGIBAÏNE

P. Cl. 2

Tonique cardiaque

SPASMOSÉDINE

P. Cl. 2

Sédatif cardiaque

TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

OXYPHYLLINE

Oxy - Ethyl - Théophylline

NOUVEAU DÉRIVÉ SOLUBLE DE LA THÉOPHYLLINE
PLUS ACTIF MIEUX TOLÉRÉ

ASTHME - EMPHYSEME
DYSPNÉES SPASMODIQUES
ANGINE DE POITRINE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
INSUFFISANCE RÉNALE

Dragées à 0 gr. 10 : 4 à 6 par jour - Suppositoires à 0 gr. 35 : 1 à 2
Ampoules à 0 gr. 25 pour injection IM ou IV et pour aérosols.

LABORATOIRE AMIDO — 4, PLACE DES VOSGES — PARIS 4^E

tionnelle accompagnant une I. V. G., ce qui est le cas de la majorité de nos observations.

Voici pour l'examen physique du cœur. Les signes périphériques n'ont rien de particulier au R. A., ils dépendent de l'I. A. très fréquemment associé. Le pouls est alors bondissant, dépressible, la différentielle élargie.

ETUDE RADIOLOGIQUE

L'examen radioscopique constitue un temps essentiel de l'examen du R. Ao. Il permet de découvrir les calcifications sigmoïdiennes qui affirment le diagnostic et commandent en partie la thérapeutique.

— Signalées occasionnellement par divers auteurs (surtout *SOSMAN* et *WOSIKA*), recherchées et trouvées fréquemment par *LENÈGRE*, la recherche de ces calcifications exige une technique très rigoureuse dont les éléments essentiels à notre avis sont :

a) La bonne accommodation dans une obscurité totale. Il ne faut pas hésiter à rester 20 à 30 minutes avant de les rechercher.

b) Le diafragme étroit : 2 à 3 cm au maximum. De face nous ne les avons jamais vues. Deux incidences offrent de l'avis de tous, les meilleures chances de les découvrir : l'O. A. D. légère et le transverse gauche.

L'O. A. D. légère : est obtenu en faisant coïncider le bord postérieur du cœur avec le bord antérieur de la colonne vertébrale. Les calcifications se trouvent sur la bissectrice de l'angle vertébro-diafragmatique.

En transverse gauche : on les découvre en pleine ombre cardiaque à la partie supérieure, à la jonction du 1/3 antérieur et 1/3 moyen.

7 fois sur 55, *LENÈGRE* ne les retrouve qu'en O. A. D. légère. Dans toutes nos observations, les calcifications ont été visibles aussi bien en O. A. D. légère qu'en T. G. Elles sont constituées :

- de 1, 2 ou 3 petits amas;
- biens battants, battements qui persistent en respiration stopée;
- synchrones aux mouvements du cœur.

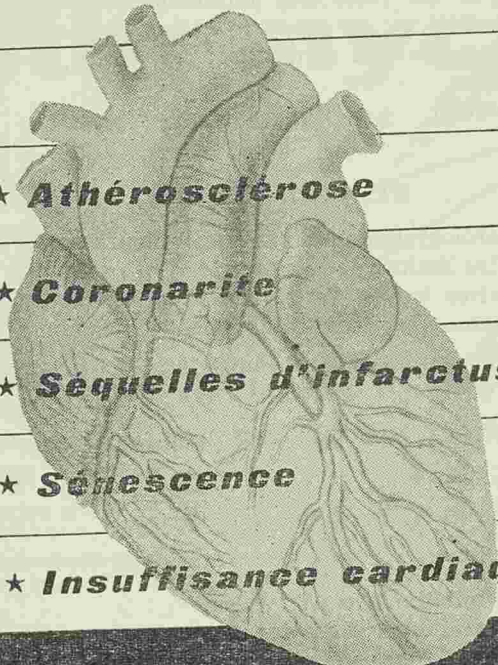
Leur fréquence est diversement appréciée. Elle atteint 75 % (*LENÈGRE* et coll.) sur les pièces anatomiques.

A l'examen elles ne sont retrouvées que dans la moitié des cas.

Nous avons été moins heureux puisque nous ne les avons retrouvées que 7 fois sur 22, à peu près 1/3 des cas. Cette différence tient probablement au fait que l'âge moyen des 2/3 de nos cas est de 23 ans.

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES

- 
- ★ *Athérosclérose*
 - ★ *Coronarite*
 - ★ *Séquelles d'infarctus*
 - ★ *Senescence*
 - ★ *Insuffisance cardiaque*

PYRIDOXINE 250 mg LABAZ
(VITAMINE B₆)

flacons de **20** et **40** comprimés

Labaz

4 RUE DE GALLIERA, PARIS 16

Dans une observation (1), elles étaient associées à des calcifications mitrales qui, en O. A. D. et T. G., sont nettement plus postérieures que les calcifications aortiques, puisqu'elles siègent au 1/3 postérieur de l'ombre cardiaque. En dehors des calcifications, la radio permet l'étude :

- du V. G. qui reste très longtemps normal, mais globuleux et convexe;
- des autres cavités cardiaques;
- de l'aorte;
- du poumon.

ETUDE ELECTRIQUE

— L'électro-cardiogramme est presque toujours perturbé. Une seule fois il était dans les limites de la normale.

— Sur les autres tracés, l'anomalie la plus fréquemment retrouvée, est l'hypertrophie ventriculaire gauche (20 fois sur 21).

Voici avec leur pourcentage et dans l'ordre de fréquence, les signes de cette H. V. G. :

- 1° Retard de la D. I. en $V_6 \geq 0,05$ dans 80 % des cas;
- 2° Inversions de l'onde T. négative, assymétrique en V_3, V_6, V_7 dans 80 % des cas;
- 3° Indice de Sokolow, Lyon, > 35 mm dans 75 % des cas;
- 4° $SV_2 > 30$ mm dans 70 % des cas;
 > 25 mm dans 95 % des cas;
- 5° Le passage brutal d'un complexe droit type rS ou QS au type précordial gauche qR est retrouvé dans 50 % des cas;
- 6° $R. V_6 \geq 20$ mm dans 47 % des cas;
- 7° Image de prédominance ventriculaire gauche, dans 37 % des cas;
- 8° Indice de White et Bock, $> + 17$ dans 32 % des cas;
- 9° L'axe gauche a été retrouvé uniquement dans 3 cas;
- 10° L'image $T_1 < T_3$ sur axe gauche : 1 fois.

Les modifications de S. T. :

4 fois a été noté une image d'ischémie, lésion sous épicaudique autéro-latérale.

(1) Le malade est décédé dans le service, tout dernièrement. Nous avons retrouvé sur la pièce anatomique, deux paquets de calcifications sur les sigmoïdes aortiques et une large plaque calcaire infiltrant la presque totalité de la valve mitrale antérieure.

*Pas de résistance croisée
avec les autres antibiotiques*

cathomycine

novobiocine

INDICATIONS MAJEURES

- **Staphylococcies** graves ou banales, généralisées ou localisées.
- **Infections à pneumocoques, streptocoques, b. de Pfeiffer**
- **Brucellose**
- **Coqueluche**
- **Infections à proteus**

PRÉSENTATION

- **pour les adultes et les grands enfants:**
comprimés dosés à 250 mg de Novobiocine (sous forme de sel sodique).
Boîte de 12 comprimés.
- **pour les nourrissons, les enfants du premier âge et la seconde enfance.**
sirop dosé à 125 mg de Novobiocine (sous forme de sel calcique) par cuillerée à café.
Flacon de 120 cm³.

*posologie moyenne: 50 à 25 mg/ kilo par jour
suivant l'âge,
soit:*

pour le sirop :

- 1 cuillerée à café chez le nouveau-né
- 2 cuillerées à café à six mois
- 3 cuillerées à café à un an
- 4 cuillerées à café de deux à trois ans
- 4 à 6 cuillerées à café de quatre à sept ans
- 6 à 8 cuillerées à café de huit à dix ans

pour les comprimés :

- 4 à 6 chez les grands enfants
- 6 à 8 chez les adultes

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES - PARIS VII^e - TÉL. SÉG. 13-10

AGENCES THERAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

TUNIS : 13, Avenue du Ghana

ALGER : 100, Rue Michelet

CASABLANCA : SPECIA-MAROC, 103, Rue Dumont d'Urville

4 fois, un discret décalage inférieur de S. T. suivi d'une onde T. aplatie, mais positive et symétrique : image habituelle d'ischémie, lésion sous endocardique autéro-latérale.

Il est à remarquer que ces modifications sont particulièrement fréquentes sur les tracés de rétrécissement aortique calcifié puisqu'ils ont été retrouvés 3 fois sur 6.

Les troubles de conduction :

Tous les auteurs qui ont étudié les rétrécissements aortiques ont insisté sur la fréquence des troubles de conduction, en particulier des blocs de branche gauche, retrouvés :

- dans 53 % des cas LENÈGRE;
- dans 20 % des cas SOULIÉ;
- SODI et PALARES et RODRIGUEZ les retrouvent 11 fois sur 14.

Ces trois statistiques concernent uniquement des rétrécissements aortiques calcifiés.

Or sur nos 21 cas nous n'avons retrouvé que :

- 2 B.B.G.I., c'est-à-dire moins de 10 % des cas;
- 1 B.B.D.I.

Ces 2 observations de B.B.G.I. concernent un rétrécissement aortique calcifié et un rétrécissement aortique non calcifié.

Cette divergence tient au petit nombre de nos rétrécissements calcifiés.

Nous avons noté par ailleurs un cas de W.P.W. qui n'a été signalé par aucun des auteurs.

Les troubles du rythme sont rares :

- 2 fois nous avons retrouvé une fibrillation auriculaire;
- 1 fois un flutter irrégulier;
- 2 fois une extrasystolie auriculaire;
- 1 fois une extrasystolie ventriculaire.

L'hypertrophie ventriculaire combinée :

- Des tracés d'hypertrophie combinée ont été retrouvés 7 fois
- Sur le tableau qui suit se trouve le détail des signes et leur fréquence :

Les images retrouvées sont par ordre de fréquence :

- une image $S_1 Q_3$ avec tracé d'H.V.G. (5 fois sur 7);
- l'inversion de Tv_1, Tv_2, Tv_3 (4 fois sur 7, dont 2 fois associée à une onde R, ample en V_1 ;

- Rv_1 , d'amplitude augmentée (3 fois sur 7);
- un indice de LOEWIS ≤ -14 mm (3 fois sur 7).

	$A_{\varphi}RS$	A.T.	$S_1 Q_3$	B.B.D.I.	$T.V_1 V_2 V_3$	$R.v_1$	I. de LOEWIS
430	+ 60°	- 10°	+	-	-	-	-
595	+ 90°	+ 60°	+	+	+	-	-
732	+ 80°	- 100°	+	-	+	-	- 14
755	+ 80°	+ 50°	+	-	-	-	-
778	+ 110°	- 90°	+	-	+	+	- 16
779	+ 50°	- 100°	-	-	+	+	-
831	+ 90°	- 40°	-	-	-	+	- 15,5

Les hypertrophies auriculaires :

- gauche 14 fois;
- droites 6 fois.

L'ÉVOLUTION

L'évolution du rétrécissement aortique est différente selon qu'il s'agisse d'un rétrécissement aortique pur ou d'un rétrécissement aortique associé à une autre lésion valvulaire.

1° Dans le rétrécissement aortique pur il est classique d'insister sur la longue phase de latence qui dure des années voire 1 à 2 décades

pendant lesquelles l'activité du patient est absolument normale, compatible avec des efforts très violents. Longue phase de latence que l'on oppose à la courte durée de la phase de décompensation qui ne dépasse pas 1 à 2 ans et qui répond mal aux traitements habituels de l'I.V.G. et l'I.C.G.

La mort subite vient 1 fois sur 5 (LENÈGRE) écourter cette évolution. 2 de nos malades ont connu cette fin subite.

2° L'évolution du retrécissement aortique associé à d'autres lésions valvulaires dépend du degré du retrécissement et des lésions associées. Si elle n'est pas aussi tranchée et typique que celle du retrécissement aortique pur elle est habituellement plus grave.

LES FORMES CLINIQUES

1° Le R. Ao pur calcifié ou non : nous l'avons rencontré 7 fois sur 21, 3 étaient calcifiés.

2° Le R. Ao associé à une I. A. : c'est le cas le plus fréquent puisque dans notre série, l'I. A. a manqué 5 fois. 1 fois elle était minime.

Cette association aggrave le pronostic puisque la fuite diastolique diminue encore un débit cardiaque déjà mince.

3° Le R. Ao associé à un R. M. constitue actuellement une indication formelle de double commissurotomie.

Nous avons rencontré cette éventualité 3 fois.

Mais dans les 3 cas, une I. A. que nous avons jugée importante nous a empêchés d'avoir recours au chirurgien.

ETUDE ANATOMIQUE

Nous avons pratiqué la nécropsie de 3 malades de notre série.

— L'appareil sigmoïdien de l'un est épaissi, séleureux, sans calcifications, avec soudure partielle des bords libres qui sont boursoufflés.

Il était associé à une atteinte profonde de la mitrale, retréci, modifié par le même processus de sclérose.

Cette variété est retrouvée dans 10 % des cas par les auteurs. Elle est presque certainement d'origine rhumatismale, fréquemment associée à un R. M.

Nos deux autres pièces anatomiques étaient presque comparables.

En effet un triple processus, bouleversait l'appareil sigmoïdien aortique :

C I B A

présente

SINGOSERP[®]

NOUVEL HYPOTENSEUR DE SYNTHÈSE

non sédatif



l'hypotenseur de l'homme actif

flacons de 20 comprimés à 5 mg de syrosingopine : 1 à 4 comprimés par jour

P. Classe 9 — Remboursé par la Sécurité Sociale

® MARQUE ENREGISTRÉE

C I B A

57, Quai d'Orsay, Paris (VII^e)

123

- **processus de fibrose** qui épaississait les valvules, boursoufflait les bords qui adhèrent sur une plus ou moins grande partie de leur surface;
- **processus calcaire**, d'importance variable, infiltrant les corps des valvules, poussant des bourgeons dans le myocarde et dans le septum, atteignant dans un de nos cas la valve mitrale antérieure qu'il infiltre;
- **un processus végétant**. Des formations en choux-fleur, très friable tels les œufs de poissons, situées dans les nids valvulaires, sans implantation valvulaire solide.

Cette 2^e variété anatomique est plus fréquemment retrouvée par les auteurs (dans 50 % des cas).

Entre ces 2 extrêmes bien tranchés, existent des formes qui ne répondent à aucune systématisation. Signalons comme curiosité, ces énormes blocs calcaires qui occupent la base de l'aorte, dont l'orifice est réduit à un mince pertuis en chicane.

En dehors de l'aorte, signalons :

— L'H. V. G. telle que ne la réalise aucune autre cardiopathie parce qu'elle reste longtemps pur, sans dilatation, et que la paroi ventriculaire atteint des épaisseurs considérables.

La paroi ventriculaire avait 6 cm sur une de nos pièces, la cavité ventriculaire étant réduite à un étroit passage.

— Le myocarde pâle est le siège d'une sclérose parcellaire sous endocardique.

— Les artères coronaires montrent une athéro-sclérose discrète qui n'explique pas tous les cas d'angor d'effort du R. Ao.

PHYSIOPATHOLOGIE

La physiopathologie explique l'aspect anatomique de l'H. V. G. et l'allure évolutive du R. Ao.

Dans une première période, le V. G. maintient le débit cardiaque dans les limites normales, en augmentant sa force d'éjection et en allongeant sa systole. Il l'obtient en hypertrophiant ses fibres.

Les possibilités d'hypertrophie du V. G. étant considérable, il maintient cet effort pendant des années.

Mais cette hypertrophie a son revers. Le muscle exige davantage d'oxygène pour maintenir son rendement, excès d'oxygène que ne peut lui fournir un débit diminué.

C'est pour cette double raison, que lorsque le muscle lache, il n'a plus de ressources et l'évolution brûle les étapes.

L'angine de poitrine peut être due à une athéro-scérose coronarienne, mais de l'avis de presque tous les auteurs, ce mécanisme est rare. Elle est secondaire, à insuffisance coronarienne fonctionnelle, en raison :

PRIMO : de la diminution de la pression en aval du R. Ao qui gêne la pression de remplissage des coronaires;

SECONDO : de la gêne apportée à la circulation du sang dans les coronaires par la tension systolique ventriculaire considérable;

TERTIO : le V. G. hypertrophié maintenant autant qu'il peut le débit cardiaque dans les limites de la normale, ne peut faire face à une demande supplémentaire exigée par l'effort.

Signalons pour terminer, la possible gêne apportée par les végétatives exubérantes au remplissage des coronaires.

TRAITEMENT

En dehors de l'I. C. terminale le traitement est surtout diététique : régime sans sel et vie à l'abri de toute fatigue physique.

Lorsque l'insuffisance cardiaque s'installe, c'est l'indication idéale des diurétiques. Les tonicardiaques seront employés prudemment, arrêtés dès l'apparition d'extrasystoles.

Mais ce traitement médical ne peut soulager que faiblement un myocarde qui a épuisé ses ressources. Le geste logique reste le geste chirurgical, d'où l'importance que revêt actuellement la discussion des indications opératoires.

Seront écartés :


- les R. Ao bien tolérés sans hypertrophie ventriculaire gauche;
- les R. Ao au stade terminal;
- les R. Ao après 50 ans;
- les R. Ao avec I. A. important (mihima inférieure à 5).

Deux variétés bénéficieront de la commissurotomie :

- les R. Ao avec une gêne fonctionnelle nette à l'effort (dyspnée, angine d'effort);
- les R. Ao associés à un R. M.

La mortalité opératoire est de l'ordre de 25 %. Peut-être la chirurgie à cœur ouvert étendra-t-elle les indications de la commissurotomie, tout en diminuant la mortalité.

TRICHOMYCINE

Licence Fujisawa Pharm Co Ltd  Osaka-Japon

pour le Traitement des Infestations
à **TRICHOMONAS** et **MONILIASES**

Sous l'influence de cet antibiotique, le Trichomonas subit :

- un gonflement plasmatique
 - une désintégration nucléaire
 - la perte de son pouvoir locomoteur
- puis, en quelques secondes,*
- l'éclatement en fines particules

Documentation sur demande :



TRAVAIL et MALADIES MENTALES

Conférence faite à l'Université Nouvelle

le 12 Février 1960

par le D^r Lucien LÉVY

—o—

INTRODUCTION

Un parent de malade visite un hôpital psychiatrique très moderne. Il dit au psychiatre : « Vraiment, Docteur, je ne voyais pas l'hôpital comme ça, je suis émerveillé, vous faites tout pour guérir les malades, et même pour leurs loisirs. Regardez cette piscine et comme ils en profitent tous, ils sautent, ils plongent... »

« Oui, dit le psychiatre, nous faisons de notre mieux, mais vous verrez, quand il y aura de l'eau ! »

Evidemment, c'est une histoire de fou. Mais une histoire de fou très instructive. Car c'est ainsi qu'on considère le fou, vivant dans un monde étrange, incompréhensible, absurde et qui fait peur. Cette crainte divine s'étend à tout ce qui touche au fou, son hôpital, son médecin. Ce qui peut expliquer la peur d'être contaminé en visitant son hôpital, en allant chez le psychiatre. Et pourtant le fou, ce monde, n'existe pas; le fou, le malade maudit, n'existe pas. Il n'est pas séparé du monde réel de tous les jours, d'où il tire sa maladie et où guéri il doit revenir. La meilleure preuve en est l'objet de notre causerie : travail et maladies mentales.

HISTORIQUE DES CAUSES

La crainte superstitieuse du fou est une peur ancestrale. Il y a bien longtemps, la folie, comme toutes les maladies, était considérée comme d'origine divine. Si un malade avait de la fièvre, il était puni par le dieu et on le traitait en appelant le sorcier, en conjurant le sort par des immolations, par des pratiques conjuratoires, des danses rituelles. Il en reste encore des vestiges de nos jours et tout le monde connaît les danses « stamboulis » effectuées pour guérir un malade qui met trop longtemps à guérir.

A cette période, la folie n'est qu'une « partie » de la maladie, on ne l'en différencie pas. Il faut dire, qu'à cette époque, si le fou était déjà un « étranger » à la famille, à la société, personne n'en avait peur, au contraire, c'était faire acte de piété que de subvenir à ces besoins matériels.

Mais un fiévreux, même atteint de malédiction divine, ne commet pas d'actes qui mettent la famille, ses biens, en danger. Le fou lui, le fait. Il a fallu faire des lois pour l'empêcher de dilapider ses biens, l'empêcher de tuer. Ce fut l'origine, non seulement de l'interdit légal de ces malades, mais également de leur isolement dans des centres spéciaux.

Tout au début est donc divin.

Puis la médecine du corps commence à se différencier des mythes religieux. Des écoles de médecine se créent à Croton, Cnide, Bagdad. C'est la naissance de la médecine hippocratique, dont dérive notre médecine actuelle, l'essor de la médecine arabe avec IBN SINA, HARET IBN KALADAH.

La folie elle, reste inexplicable, et en dehors de grands percurseurs isolés, on la considère encore comme le produit de la divinité.

Le christianisme va porter à son apogée la scission de l'homme en deux : l'âme, d'une part, du domaine du spirituel; le corps, de l'autre, du domaine du matériel.

Cette attitude tranchée, poussée à son extrême, jusqu'au sophisme, explique le traitement des convulsionnaires, des délirants possédés par le démon et brûlés sur le bûcher comme sorcier. L'histoire du Moyen-Age est remplie de ces pratiques de l'Inquisition. Heureusement cela ne dure pas, l'évolution continue, des centres de traitement pour les malades du corps sont créés, puis les « petites maisons » pour les fous. Là, isolés, les fous sont enchaînés à des piliers scellés au mur, entravés dans des cachots, et le surveillant ne se déplace au milieu de ce monde criant, gesticulant, hirsute, hagard, sale et dépenaillé, qu'entouré de gardes du corps forts et solides.

1789, c'est la Révolution française et en 1793, PINEL rompt les chaînes de ses malades. Ce geste grandiose ouvre toute une ère dans le traitement du malade mental. Il livre, selon l'expression maintenant classique, le fou à la médecine.

Bien sûr que l'œuvre de PINEL est importante, mais c'est cette libération qui fait de lui le fondateur de la psychiatrie, car alors seulement les malades sont des hommes et exigent un traitement. Il faut traiter la maladie mentale et d'abord il faut en découvrir les causes.

Jusqu'à cette période pour le médecin, le psychiatre est le médecin de l'âme, du spirituel. La maladie mentale est une déviation de la morale. Il faut faire la morale aux malades. Cette époque spiritualiste connut un grand essor, mais eut peu de résultats.

Le médecin, attaché aux choses matérielles, il soigne le corps, accepte difficilement qu'une maladie soit d'origine morale, spirituelle; c'est pourquoi la découverte par BAYLE, en 1882, de la Paralyse Géné-

un nouveau concept
en thérapeutique

MARSILID

MARSILID "ROCHE"

Mode d'action

Le MARSILID introduit un concept pharmacologique nouveau : celui des inhibiteurs de la **monoamine-oxydase**.

C'est en inhibant la monoamine-oxydase que le MARSILID détermine une augmentation du taux de la sérotonine et des catécholamines, (adrénaline, noradrénaline), dans différents organes, **cerveau**, **myocarde**, notamment.

Champ d'application

Le MARSILID donne au clinicien un puissant moyen d'action :

en **psychiatrie**
sur les syndromes dépressifs

en **cardiologie**
sur l'angine de poitrine.

" ROCHE "

Posologie

Traitement d'attaque :

50 à 100 mg par jour chez les malades ambulatoires. Ne pas dépasser 150 mg.

Traitement d'entretien :

Dès que l'effet se manifeste, diminuer progressivement les doses de 25 en 25 mg jusqu'à 25 à 50 mg par jour.

Surveillance du traitement

Toutes les thérapeutiques modernes les plus actives nécessitent une surveillance attentive des réactions individuelles.

Le MARSILID n'échappe pas à cette règle.

Surveiller l'apparition éventuelle d'une hypotension progressive, notamment orthostatique, ou d'une subexcitation maniaque.

Éviter l'emploi du MARSILID en cas d'affections hépatiques aiguës en évolution.

Présentation

Étui de 30 comprimés

Prix : Classe 6

PRODUITS " ROCHE " S. A., 10, RUE CRILLON, PARIS

Remboursé par la Sécurité Sociale

rale, cette maladie mentale due à la syphilis et guérissant par le traitement anti-syphilitique va enthousiasmer tous les psychiatres. Enfin, on trouve une cause à une maladie mentale. Et, dès lors qu'une cause a été découverte à une maladie, toutes les maladies peuvent révéler leur origine, il suffit de chercher de doser et les psychiatres se mettent fiévreusement à cette tâche.

On alite le malade selon les règles de ce que TOSQUELLES appelle la clinothérapie et on fait tous les examens, on analyse le sang, les urines, le liquide céphalo-rachidien, à la recherche d'un trouble, d'une anomalie caractéristique de telle ou telle maladie mentale.

On en trouve certes, mais on ne peut découvrir des virus, des modifications qui mécaniquement provoqueraient telle ou telle maladie. C'est alors que se situe la deuxième révolution psychiatrique, la révolution freudienne. Elève de CHARCOT, FREUD a été frappé de voir son maître traiter des malades corporels présentant des convulsions, des paralysies hystériques par l'hypnose, traitement psychique. Décantant cela, l'analysant, il en arrive à la théorie psychanalytique des phénomènes psychiques inconscients, d'où dérive la médecine psychosomatique. Cela ouvre alors de nouvelles perspectives à la psychiatrie. Qu'un malade tombe sans connaissance, gesticule, crie, se débâte, donc présente des manifestations corporelles, que ces manifestations s'expliquent par des raisons cachées dans l'inconscient, qu'on arrive à les découvrir et une fois découvertes à traiter et guérir le malade, tout ceci bouleverse toutes les données psychiatriques assises par la découverte de la paralysie générale.

À l'heure actuelle le retentissement dans notre corps de manifestations psychiques est pourtant admis et compréhensible.

Une grande émotion, une peur vont nous faire palir, avoir des battements de cœur. Ce sont des manifestations du corps consécutives à des troubles psychiques. D'autre part, le siège des manifestations psychiques est le cerveau. Qu'est le cerveau, sinon une partie plus fine, plus délicate de notre corps ? Aussi en arrive-t-on maintenant à concevoir l'unité de l'organisme du corps et de son psychisme.

Mais comment se fait cette liaison, psychisme - corps ?

Il faut s'en référer à PAVLOV et aux réflexes conditionnés pour essayer de comprendre.

Un chien salive lorsqu'on lui présente des aliments. Si, juste avant, on émet un son de cloche, par exemple, en répétant cette association un certain nombre de fois, le chien salivera au simple son de la cloche. C'est l'établissement du réflexe conditionné.

PAVLOV et surtout son élève IVANOV-SMOLENSKI créent chez un même chien un réflexe conditionné positif, c'est-à-dire faisant saliver le chien à la vue d'un cercle, et un réflexe conditionné négatif, c'est-à-

dire arrêtant la salivation, à la vue d'une ellipse, c'est-à-dire un cercle allongé, étiré.

Une fois ces deux réflexes établis solidement et séparément, on présente au chien une ellipse qui s'arrondit progressivement au cours des présentations successives. Il arrive un moment où l'ellipse est presque un cercle, mais pas tout à fait. Alors le chien devient malade, il s'agite, veut casser ses liens, il mord; ou bien il pleure, gémit, ou bien encore, il s'endort. Il est névrosé. C'est la névrose expérimentale.

Ensuite, après quelque temps, après avoir laissé le chien se reposer, on lui montre un cercle, il ne salive pas, mais présente à nouveau toutes les manifestations de sa névrose. Le travail de différenciation est tel que les liaisons stables, mais nouvellement établies, comme celles liées à la présentation du cercle, sont inhibées, arrêtées et le chien répond aux stimulations en mettant en jeu des systèmes plus solides, mais plus anciens, on dit qu'il y a régression fonctionnelle.

Cette élaboration théorique explique mieux l'origine des maladies mentales.

Non seulement l'homme est considéré comme un tout indissociable, corps et esprit, des troubles du corps réagissant sur son psychisme, des troubles du psychisme réagissant sur son corps, mais également l'homme n'est pas séparable de son milieu, du milieu dans lequel il vit. Dorénavant on considérera toujours le couple homme - milieu comme un tout.

On peut comprendre que le milieu, le cadre de vie, agissant sur le psychisme, provoque non seulement des maladies du corps — médecine psycho-somatique et médecine cortico-viscérale —, mais également même des troubles mentaux.

Parmi toutes les causes de maladie mentale due au milieu, le travail est à l'heure actuelle, une des causes les plus fréquentes. Il s'agit alors de névroses du travail.

Hélène a 30 ans, dactylo depuis 4 ans, mariée depuis 6 mois, elle vit avec son mari dans des conditions normales.

Depuis quelque temps elle se sent fatiguée à la fin de la journée. « J'irai bien me coucher tout de suite, avec mes chaussures ». Après le travail du matin elle est aussi fatiguée, mais moins. « J'ai besoin de marcher alors, de me fatiguer; je n'aime plus lire; j'ai la tête vide avec l'impression de n'avoir rien appris, de ne plus rien savoir ».

Elle est très nerveuse depuis des années, mais surtout depuis un an. « Je suis irritable, bruyante, vindicative, je ne supporte rien. Surtout je ne peux supporter les reproches qu'on nous fait pour rien; je veux le calme, le repos. J'ai des cauchemards, je rêve que j'ai de plus

en plus de travail à taper, que je tape de plus en plus vite et que le travail s'amoncelle et je me réveille en nage, épuisée ».

On apprend que depuis un an, l'entreprise débauche des dactylos et celles qui restent ont d'autant plus de travail à taper et doivent le faire mieux pour ne pas être elle aussi débauchée.

Dans le cas d'Hélène, l'adaptation au temps, au rendement ne se fait pas et c'est à un facteur principal de névrose.

Il est plus important encore chez les ouvriers d'usine soumis à ce qu'on a appelé les cadences infernales; le travail devenant de plus en plus rapide sur des chaînes marchant de plus en plus vite.

Tout le monde connaît cette scène de Charlot dans les « Temps Modernes » où Charlot visse des boulons qui défilent devant lui. La cadence augmente et Charlot augmente son rythme. A la limite il ne peut plus penser, il régresse, son geste devient automatique et à l'arrêt de la chaîne il continue et va visser les boutons de la jupe d'une secrétaire qui passe. C'est un gag de la scène, mais c'est aussi une névrose réelle qui mime Charlot.

Othman a 28 ans, il est cordonnier et marié depuis 2 ans.

Il travaille dans une échoppe de cordonnier, petite, sombre, comme on les connaît dans les souks. Il est cordonnier depuis son jeune âge, a gravi les échelons d'apprenti, est devenu ouvrier. Il gagnait bien sa vie.

Depuis un an le travail devient plus pénible, « il faut travailler plus vite, les clients deviennent plus difficiles. Il faut faire de belles chaussures pour arriver à les vendre. Il faut faire face à la concurrence ». L'évolution aidant il doit apprendre à travailler sur des machines, faire un surcroît de travail.

Alors il commence à se décompenser. En dehors de petits troubles nerveux il devient déambulant. Il ne peut supporter un espace trop petit. Chez lui il étouffe, il veut laisser les fenêtres ouvertes. Souvent les nuits d'insomnie, il va se promener dehors.

Cette manifestation de la décompensation basée surtout sur la notion d'espace est importante. Les médecins du travail se sont aperçus qu'un local trop petit ou trop grand donne des angoisses. L'adaptation à l'espace est une cause de névrose du travail. Tant qu'Othman était équilibré il surmontait cette claustration, mais dès qu'il se névrose il demande de l'air, se sent enfermé, anxieux dans un espace trop petit.

Félix a 17 ans. Il vient de sortir d'une école de mécanographie. Il est grand, blond, enfantin.

Il est pris à l'essai dans une entreprise.

*Tout
tout déprimé,
tout surmené,
tout neurosthénique*



TOUJOURS ACTIVE
JAMAIS NOCIVE



NEVROSTHÉNINE FREYSSINGE

6, RUE ABEL - PARIS.

TP

Dès la première semaine son sommeil devient plus léger, il ne rit plus, il pense toujours à son travail. Il faut bien faire pour être embauché.

A la fin du premier mois, il a maigri de 4 kilos, il ne dort plus, a déjà été voir deux cardiologues pour des palpitations, et les deux cardiologues lui ont dit qu' « il n'avait rien au cœur ».

Il est embauché, mais les troubles augmentent. Il commence à aller de moins en moins régulièrement dans son entreprise, il reste couché, « pas endormi, je ne peux pas, mais engourdi », « je ne peux supporter aucun bruit, le silence, le silence ». Il ne peut y arriver, il sent qu'il est un raté, que rien ne lui réussit.

Enfin, il commence à trouver ses collègues bizarres, « ils ont changé, dit-il, ils m'en veulent, pourquoi, je ne sais pas, on dit du mal de moi, on veut me faire perdre ma place, même mes parents ne veulent pas que je gagne ma vie. Je veux retourner à l'école, et apprendre encore, je n'en sais pas assez ».

Ici, Félix base son thème de névrose sur le groupe qui l'entoure et par lequel il se sent persécuté. Il est sûr que Félix ne s'est pas intégré au groupe de ses nouveaux camarades plus âgés que lui. L'adaptation au groupe est un élément important de névrose. Le groupe ici est trop important, les contacts sont distants. Si ses camarades s'étaient resserrés autour de lui, lui avaient fait sentir une compréhension, une amitié, Félix ne se serait peut-être pas décompensé, cela l'aurait aidé à surmonter sa névrose.

Adaptation au groupe. L'expérience montre que la cellule sociale optima varie de 5 à 8 personnes, l'unité sociale de 25 à 30 personnes, et l'ensemble de la communauté de 250 à 300 personnes.

Un autre cas va nous faire toucher du doigt un élément essentiel de notre vie quotidienne.

Yvette a 43 ans. D'abord dactylo de 27 à 29 ans puis, après une grossesse, affectée à un travail de bureau. Ensuite elle demande la mécanographie pour pouvoir être titularisée. Elle a passé le concours, a été reçue dans les premières. Elle y travaille depuis l'âge de 34 ans. Avant d'être mécanographe, pendant son travail de bureau, elle était en parfaite santé.

« Au bout de deux ans de mécanographie, j'étais complètement claquée ». Vous connaissez ces ateliers de mécanographie. Ces grandes salles où plusieurs machines marchent ensemble avec un cliquetit grandissant, infernal, dans lequel on ne peut se faire entendre. Dans ce bruit il faut faire un travail pénible, difficile, exigeant, une attention soutenue et il faut faire vite, toujours plus vite et de moins en moins de fautes. Pendant la première année, j'allais de temps en temps tra-

vailler dans un bureau en dehors de l'atelier de mécanographie. Dans ce bureau, j'allais très bien, mais dès que je revenais dans l'atelier, ça n'allait plus, même sans faire de machine, rien que le bruit me donnait envie de crier ».

Il y a deux ans, Yvette fait une dépression nerveuse. Remise après un mois de vacances loin de sa ville, complètement transformée, elle redevient comme auparavant, vive, dynamique, gaie. Elle reprend normalement son travail, mais trois mois après, nouvel état dépressif avec réapparition des signes précédents plus accentués. Après trois mois de repos, elle retrouve son état habituel et reprend son travail, mais elle est exemptée de machine et travaille depuis régulièrement.

Yvette pour diverses raisons s'est décompensée. Le bruit devient alors non seulement cause importante de cette décompensation, mais signal de sa névrose.

La lutte contre le bruit fait partie de l'hygiène mentale. Lorsque le directeur de la sûreté interdit le bruit en ville, il agit comme un médecin hygiéniste.

Le bruit est une plaie du monde moderne. Tout fait du bruit, depuis le crieur de journaux jusqu'aux scooters, camions, etc... Les bruits de la ville atteignent à l'heure actuelle la cote d'alerte et attaquent le cerveau.

Vous connaissez cette expérience de Bykov. On fait entendre un son à un chien, un son de plus en plus puissant et pendant un temps de plus en plus long. A la limite il y a des lésions du cerveau. Heureusement nous n'en sommes pas encore là, mais nous en sommes à la limite.

Ces exemples nous ont montré des causes de névroses du travail, dues aux conditions mêmes de travail: l'adaptation au temps, l'adaptation à l'espace, l'adaptation au groupe.

Les causes de névrose de travail sont nombreuses, multiples.

Il faut citer encore : le logement, il n'est pas indifférent d'habiter un gourbi ou un palace; le salaire, une personne fera plus vite une névrose si son salaire est trop bas, si elle voit ses enfants mal habillés, mal nourris.

Mais en fait, comment va se présenter une névrose du travail ?, c'est-à-dire une névrose due principalement au travail.

Pendant des mois, des années, le futur malade n'accuse que des troubles banaux.

L'ennui, le désintérêt de son travail. Alors qu'il était attaché à son travail, maintenant il s'en détache

En même temps il a sommeil, très sommeil et dort beaucoup. Malgré ce sommeil il est fatigué et paradoxalement il est fatigué le matin en se levant alors que dans la journée il va récupérer.

Au travail, son rendement baisse.

Des maux de tête vont apparaître, des troubles de la vue, et il va voir un oculiste; il ressent des palpitations, et il va voir un cardiologue.

Tout ceci n'est que la première phase, le malade n'est pas encore très malade, mais il n'est plus en forme.

Ensuite sa famille va s'apercevoir qu'il change de caractère, il devient irritable. Au moindre heurt, il se met en colère pour un rien. Pour un rien il frappe ses enfants qui se demandent souvent ce qui leur arrive.

Enfin et surtout, par à-coups, par crises, le malade ressent une angoisse intense, terrifiante. Il a peur de mourir. Le monde autour de lui, lui semble bizarre, il pense qu'on dit du mal de lui. Mais heureusement, ces impressions ne durent pas.

A ce stade le malade continue à travailler, il se domine. Tout peut se passer et n'avoir été qu'un épisode pénible de sa vie.

Sinon les troubles s'accroissent, les angoisses deviennent plus importantes, des syncopes peuvent apparaître des douleurs diffuses de tout le corps. Le malade alors va demander des examens à différents médecins, des radios, des analyses, un électro-cardiogramme, etc..., pour trouver une cause à sa maladie.

Il ne dort plus, il a des insomnies, ne va plus à son travail, passe son temps allongés, à ne pas dormir, à ne vouloir rien entendre, pas de bruit, surtout pas de bruit. Il est en névrose. Un délire de persécution peut s'organiser, ses camarades disent du mal de lui, puis fomentent un complot contre lui, le patron se met de la partie. Le malade commence à avoir peur. Il ne voit que des persécuteurs autour de lui. Il devient vraiment le grand malade et on l'emmène au psychiatre — qui va le guérir — bien entendu.

Telle se présente schématiquement la névrose de travail.

Deux questions doivent maintenant être résolues :

Avant ces dernières années, avant l'étude de la névrose de travail, il y avait bien des malades mentaux et on ne s'était pas aperçu que le travail donnait des névroses, pourquoi ?

Deuxième question. Tout le monde travaille et tout le monde n'est pas névrosé, pourquoi ?

OPOBYL BAILLY

Cholérétiques végétaux
Extraits hépatiques
et biliaires.

Affections hépatiques
Constipation

*1 à 2
pilules
aux repas*

LABORATOIRES A. BAILLY · SPEAB ·
19, RUE DU ROCHER PARIS ·

Agents pour la TUNISIE
M.M. VALENZA & C^{IE}
36, Rue Thiers — TUNIS

TABLETTES CAVED - (S)

au Suc de Réglisse déglycyrrhizinisé

— 0 —

TRAITEMENT DES GASTRITES, GASTRITES SURAJOUTEES,
GASTRITES MEDICAMENTEUSES.

PROTECTION DE LA MUQUEUSE GASTRIQUE
CONTRE LES INCIDENTS DIGESTIFS
PROVOQUES PAR LES ANTI-INFLAMMATOIRES

Laboratoires de l'AMBRINE : 22, Rue Perceval, Paris-14^e

TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Avenue de Londres — TUNIS

Nous répondrons à la première question. Bien sûr, les malades mentaux existaient de tout temps, comme nous l'avons vu. Mais les troubles mentaux vont en augmentant ces dernières années.

En 1835, il y avait 3 malades mentaux pour 10.000 habitants.

En 1955, il y en avait 28, selon les chiffres de l'O.M.S.

Ainsi en France, il y a actuellement 110.000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques. A titre de comparaison, il y a 340.000 malades pour toutes les autres spécialités : médecine, chirurgie, tuberculose, etc... pris ensemble.

On s'aperçut très vite, et les médecins du travail et les psychiatres furent les premiers à s'en apercevoir, que la révolution industrielle est la principale cause de cette augmentation des maladies mentales. Elle a brusquement amené l'individu, en quelques générations, à vivre dans un milieu technique de plus en plus poussé et l'individu a dû comme d'urgence élaborer des systèmes de liaisons fonctionnelles nouveaux, donc fragiles, demandant une dépense d'énergie beaucoup trop grande.

Mais il n'est pas inutile de dire, que si la névrose de travail se présente chez 10 % des ouvriers d'usine (selon des statistiques de RUSSEL FRASER, médecin anglais), le travail n'est pas la seule cause de névrose, ni de troubles mentaux, il n'en est que la plus importante, surtout à l'heure actuelle.

Reste la deuxième question. Pourquoi tous les travailleurs ne font pas une névrose, puisque le travail en provoque l'apparition ? Pourquoi votre voisin qui travaille comme vous, qui vit comme vous, fait une maladie mentale et pas vous ?

On peut dire que vous êtes plus résistant, plus fort. Cette dépense trop grande d'énergie dont j'ai parlé peut dépasser la limite du normal. Un moteur s'emballe, chauffe, se dérègle, se casse. L'homme, son système nerveux c'est un peu pareil. Chez lui, la force de la personnalité joue un rôle très grand. La stabilité, la solidité du système nerveux, des liaisons sont très importants.

D'ailleurs on a réussi à caractériser différents types nerveux de personnalité.

PAVLOV, grâce à l'expérience de l'ellipse et de nombreuses expériences analogues, avait différencié quatre types nerveux chez ses chiens : les types faibles; fort non équilibré, impétueux; fort équilibré, tranquille; fort équilibré, vif.

Retrouvant ainsi les quatre types décrits par HIPPOCRATE : mélancolique, colérique, flegmatique, sanguin.

Les différents métiers ne provoquent pas l'apparition de névroses du travail de façon égale, certains en provoquent plus que d'autres.

Le téléphone, la mécanographie, sont ceux qui en fournissent le plus. On connaît le travail de LE GUILLANT et de son équipe sur les névroses du travail chez les téléphonistes et les mécanographes.

— Les instituteurs, les professeurs également. A tel point que la Mutuelle de l'Education Nationale Française a créé un centre spécial à La Verrière, près de Paris, dirigé par SIVADON. La Mutuelle a dû s'apercevoir que le nombre de malades parmi ses membres était suffisant pour créer ce centre de 300 lits.

— Nous avons cité les dactylos, rappelons les ouvriers d'usine, lorsque le travail devient trop rapide, dépassant le rythme possible pour chacun.

La névrose de travail est une maladie guérissable. A la limite, le meilleur traitement serait de modifier la personnalité du sujet, de la rendre plus solide. La psychanalyse s'y essaie. Mais c'est le type faible qui fait le plus facilement des névroses et c'est celui qu'on ne peut que difficilement traiter par la psychanalyse étant donnée la trop grande faiblesse du moi. Il faut donc souvent traiter autrement. La cure de sommeil, le repos, les tranquillisants, les thymoleptiques, vont aider à traiter le malade et le plus souvent celui-ci va progressivement se rééquilibrer jusqu'à pouvoir reprendre son travail.

Le meilleur traitement est encore le traitement préventif. C'est là le rôle de toute hygiène mentale, toute hygiène du travail, qui prend de plus en plus d'essor dans tous les pays et qu'il est nécessaire d'instaurer dans notre pays en voie d'industrialisation.

Le travail peut être source de décompensation, de névroses, mais le travail fait l'homme lui-même et c'est lui principalement qui va guérir, réadapter, resocialiser les malades mentaux, quelle que soit la cause de leur maladie.

Le traitement des malades mentaux est d'origine récente. Nous avons vu que la folie était conçue comme d'origine divine. Que faire alors pour traiter le malade sinon des pratiques incantatoires pour le libérer des démons, des djnouns. D'ailleurs dans les asiles, le malade était enchaîné et une fois entré, n'en sortait généralement plus.

Puis PINEL détache ses malades. Les malades ne sont pas libres, peu s'en faut, les asiles sont bien protégés, les cours grillagées, les murs hauts, mais enfin à l'intérieur des pavillons, ils vont et viennent, ils exigent un traitement.

A cette période deux tendances se font jour dans le traitement des malades mentaux.

Les idéalistes ou spiritualistes, d'HEINROTH à IDELER voyaient dans le trouble mental une alternative morale. Le traitement incombait au moraliste plus qu'au médecin.

Par exemple, à une délirante qui disait : « Mes voisins me veulent du mal, ils veulent m'empoisonner, ils me jettent des mauvaises odeurs, mettent du poison dans mes aliments », il fallait montrer l'absurdité, l'impossibilité de la chose. « Voyons, ce n'est pas possible, vos voisins habitent à 4 ou 5 kilomètres d'ici, ils ne peuvent le faire, d'ailleurs la nourriture est pour tout le monde ici, on ne peut vous empoisonner sans empoisonner tout le monde ». Mais la conviction est profonde, solide, ce n'est pas un raisonnement même logique qui peut la dissiper. La malade répond : « Bien sûr, à vous, ça ne fait rien, vous, vous êtes immunisé ! »

À une autre malade qui avait reçu un sort de Saïda Manoubia parce qu'elle était sur une marche plus haute qu'elle, plus près du Prophète et que Saïda en était jalouse :

- « D'ailleurs elle me le dit, je l'entends ».
- « Mais non, moi je ne l'entends pas. Comment expliquer cela ? »
- « Vous, vous n'êtes pas initié, c'est de moi qu'elle est jalouse ».

Cette attitude qui mène à une impasse est bien illustrée dans l'histoire que vous connaissez peut-être :

Un malade se prend pour un grain de blé.

Le médecin dans cette optique de traitement essaye de le persuader que cela est impossible. « Voyons un grain de blé ne mange pas, ne marche pas, ne fume pas. Or vous, vous mangez, vous marchez, vous fumez, donc vous n'êtes pas un grain de blé ».

— « Oui, je mange, je marche, je fume, mais je suis un grain de blé », « je le sais ».

Et chaque jour le médecin lui répète ce raisonnement et essaie de le persuader. Cela dure 1 an, 2 ans, 5 ans.

Un jour, le malade dit : « Puisque je mange, je marche, je fume, je ne peux être un grain de blé, je ne suis pas un grain de blé ».

- « Vous êtes sûr ? »
- « Oui, c'est sûr ».
- « Bravo, mon ami, vous êtes guéri ». Et le médecin est très fier. Le malade sort de l'hôpital puis revient en courant.
- « Venez, venez », dit-il au psychiatre.
- « Pourquoi ? »
- « Il y a des poules dans la cour ».
- « Et alors, vous n'êtes pas un grain de blé ! »
- « Non, je ne suis pas un grain de blé, moi, je le sais, mais les poules, elles, ne le savent pas ».



EVONYL

CHOLAGOGUE ET CHOLÉRÉTIQUE

Laxatif Doux

ASSOCIATION PHYTO-OPOTHÉRAPIQUE :

Evonymine, Fucus, Agar-Agar, Podophyllin, Extraits biliaires

STIMULE LES FONCTIONS HÉPATIQUES
ET LE PÉRISTALTISME INTESTINAL

PRÉSENTATION

Boîte de 60 comprimés
(dragéifiés)

POSOLOGIE

1 dragée aux 2 principaux
repas ou 2 dragées le soir

LABORATOIRES FLUXINE · PRODUITS BONTHOUX · VILLEFRANCHE (RHÔNE)

TUNISIE : AGENCE PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE - 8, Passage du 7 Mai - Tunis

Cette attitude de moraliste ne put guérir beaucoup de malades mentaux.

Une autre tendance avec BROUSSAIS, CALMEIL, NEISER se tourne vers l'organicisme. Avec la découverte de la paralysie générale, cette tendance va s'intensifier et les règles de la « clinothérapie » du grec Kliné : lit — thérapie : traitement, autrement dit du « traitement par le lit », sont fixées au Congrès de Psychiatrie de 1900 à Paris.

« On s'ennorgueillit dans tel établissement, dit TOSQUELLES, d'aliter jusqu'à 70 % des malades présents. Le malade mental en étant couché, à l'instar des autres malades de médecine générale, trouve dans cette situation une « dignité » égale à la leur. Et TOSQUELLES de continuer avec son ironie mordante, « le médecin aussi ».

Mais une réalité objective va de plus en plus peser de tout son poids. Les malades sont détachés, ils ne sont pas entravés, que vont-ils faire toute la journée ? Et tous les psychiatres de conclure à la nécessité de créer dans l'hôpital des occupations susceptibles de provoquer l'intérêt des malades, de leur faire « oublier leur maladie ».

PINEL débute la rationalisation de cette pratique. ESQUIROL, SÉRIEUX, CONOLLI, TROMPEO sont les noms qui jallonnent cette étude, mais incontestablement il nous faut vite citer SIMON, médecin du Guttersloo en Allemagne, en 1914-1918.

Hermann SIMON pendant cette guerre voit la famine diminuer le nombre des malades et des infirmiers et il demande l'utilisation du plus grand nombre dans l'exploitation agricole.

Il rationalise cette technique sous le nom de « thérapie active ».

Le simonisme aura un grand retentissement et influencera les grandes écoles psycho-sociales que cela soit, pour ne citer que les plus grandes en France, celle de TOSQUELLES, de SIVADON, de LE GUILLANT.

Il est bien certain que la thérapeutique occupationnelle, « l'occupationnelle thérapie », si elle est maintenant admise par tous, garde encore un caractère empirique. Aucun ne doute maintenant de son utilité, mais beaucoup se satisfont d'explications primaires, occuper le malade, c'est le distraire, lui faire oublier sa maladie.

D'autres, mais c'est là une déformation peu fréquente, pensent que le travail des malades fait récupérer à la société un peu de ce qu'elle dépense pour eux en les soignant. Il ne peut s'agir là que d'opinion de gestionnaire et non de médecin.

Le problème du traitement des malades mentaux est pourtant grave.

Grave en égard au nombre croissant de malades mentaux, non seulement dans notre pays mais dans le monde.

Grave parce qu'on ne peut pas accepter qu'un malade reste toute sa vie à l'hôpital. Il doit retourner dans la société, y retrouver une place, c'est-à-dire, en particulier, y faire un certain travail qui lui permette de vivre.

Ainsi le malade mental sera soumis à deux actions simultanées : d'une part médicamenteuse, d'autre part et concurremment de réadaptation sociale.

Comment y arriver ?

Il faut partir de deux données objectives :

- d'une part le malade qui est atteint d'une maladie qui l'a fait étranger à sa société;
- d'autre part l'hôpital, c'est-à-dire ce milieu paradoxal dans lequel vivent ensemble des malades retirés de la société justement parce qu'ils ne pouvaient y vivre avec leurs semblables dits normaux.

Le malade étant en régression fonctionnelle, il faudra s'appuyer sur ce qui reste de « normal » dans sa personnalité. Cette entreprise tient compte de la connaissance de la maladie et des particularités individuelles de chaque malade.

Une fois le traitement par médicaments institué, il faut reconstruire les liaisons détruites, faire remonter au malade l'échelle de sa régression, en fait recommencer l'apprentissage des gestes, des conduites. Cet apprentissage sera long et difficile, mais c'est la seule voie qui permette au psychiatre de n'être plus le « capitaine d'un bateau en côle sèche », comme on a pu le dire par dérision.

Pour mieux nous faire comprendre, peut-être vaut-il mieux décrire ce que sera l'évolution d'un malade dans le cadre d'un service psychiatrique le plus évolué.

Le malade, prenons le cas d'un schizophrène au stade le plus bas, le plus régressé, au stade catatonique, entre dans le service. Il s'agit d'un malade qui vit dans un monde étrange, à part, effrayant. Il a tellement régressé qu'il ne bouge plus, il garde les positions qu'on lui fait prendre, comme un pantin.

Dans le service il est accueilli dans un groupe et un bilan de son organisme est fait. La thérapeutique médicamenteuse mise en œuvre immédiatement est nécessaire. Ce point est important, car si nous n'avons abordé que succinctement les thérapeutiques biologiques, c'est que ce sujet dépassait le cadre de notre travail. Mais il est bien entendu que tous les examens, tous les traitements sont employés. D'ailleurs les services les mieux équipés au point de vue socialthérapeutique sont de ceux qui utilisent le plus de médicaments. Ceci est d'ailleurs évident

si l'on songe que la socialthérapie bien faite sous-entend indiscutablement le plein traitement dès l'entrée du malade.

Une fois accueilli, une fois le bilan effectué et le traitement mis en train et concurremment, le malade est soumis à la thérapie sociale.

Ce malade n'a pas conscience de son propre corps, de sa peau. La physiothérapie, les massages, la kinésithérapie passive vont l'aider à récupérer l'image de son propre corps.

En même temps, les activités sportives, la culture physique classique sous forme de brèves leçons matinales, individuelles, vont asseoir des liaisons encore stables et reprendre le malade à son stade régressif. Le malade est d'abord debout entouré d'autres malades. Ses gestes sont lents, malhabiles. Il ne suit qu'à regret le moniteur, et à retardement. Puis, petit à petit, cela peut demander des semaines, les mouvements se font plus vifs, moins mécaniques. Le barrage-moteur commence à se lever.

De même les ateliers de ces malades vont lui permettre de reprendre contact avec le monde concret.

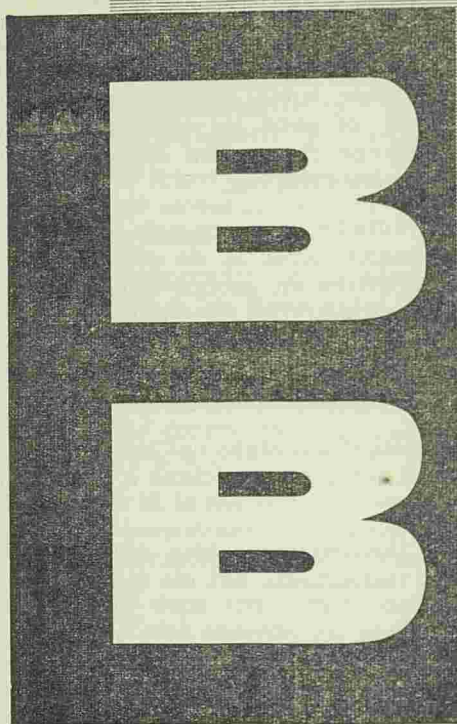
Ces ateliers sont des salles spacieuses où autour d'une table, les malades, notre catatonique par exemple, sont devant des matériaux malléables, de l'argile, du sable, de l'eau. Dans une atmosphère chaude, maternelle, le moniteur bienveillant, le félicitant pour le moindre geste, la moindre pression, la moindre tentative d'activité, le catatonique d'abord par intermittence, par saccades lentes, malhabiles, va malaxer l'argile qui se modèle à la moindre pression. Il va obtenir un objet difforme n'évoquant que difficilement un objet connu. Mais petit à petit, le rythme s'accélère, les objets d'allure préhistorique, prennent une figure habituelle, le malade progresse.

Progressivement les possibilités sociales de ce catatonique vont s'élargir. Des relations vont se nouer. D'abord par l'intermédiaire d'une balle. Les malades assis en rond sous la direction d'un moniteur se lancent une balle. Ce simple lien discontinu va le mettre en relation avec son semblable. D'homme seul, il devient homme en relation avec un autre. Il s'agit là d'un changement qualitatif, d'un bond important et ceux qui connaissent le catatonique, replié sur lui-même, muet, inerte, recouvert de son drap, arrivent à l'émotion extrême en voyant ce lien discontinu s'établir pour la première fois. Ensuite il s'agira de changements quantitatifs, les relations se feront de plus en plus directes. Du stade infra-verbal la liaison se fera par la parole.

Le malade va changer d'atelier, il tressera du raphia, un matériau plus dur; bien qu'encore docile, les objets apparaissent de plus en plus finis. Puis la difficulté augmentera encore, le malade travaillera le bois et entre lui et la matière s'interposeront des instruments, puis des ma-

antalgique neurotrophique tonique

dragées



1

250

12

DELAGRANGE

**douleurs
alcoolisme
asthénies**

4 à 8 dragées par jour



boite de 24 dragées

B1 B12-4

39, Bd. DE LA TOUR MAUBOURG - PARIS-7^e

Agréé par la Sécurité Sociale et les Collectivités - Net. 10

chines. De nouvelles liaisons fonctionnelles se créent, le champ s'élargit, le malade peut ainsi remonter l'échelle de sa sociabilité.

En même temps, travaillant dans un atelier de 5 à 20 malades, il acquerrera les relations sociales nécessaires à son travail, relations qui iront en s'élargissant, son espace social s'étendant. Des équipes extérieures seront alors nécessaires, ce sont les équipes du sable, de la terrasse, de la ferme, enfin l'équipe d'entretien chargée des divers travaux à l'intérieur du service et de l'hôpital.

Cette évolution est longue et difficile, mais ce rude chemin permet au malade de renouer avec le concret, avec la vie sociale. D'abord à l'hôpital, ce milieu protégé, les activités en groupe sont là pour concourir encore à cette guérison. Les activités de groupe du pavillon, du service, de l'hôpital doivent être nombreuses, variées, diverses. C'est là la raison des réunions de malades, des fêtes, des spectacles qui sont donnés à l'hôpital par les malades pour les malades.

Il est évident que de nombreuses discussions ont lieu quant à l'application de cette thérapeutique allant du scepticisme à l'adhésion délirante.

Cette conception du travail thérapeutique bien que satisfaisante n'est pas admise par tous et des réalisations ont été faites dans d'autres perspectives.

LE GUILLANT dans son service organise aussi des ateliers de réadaptation. Mais ici le malade progresse non au travers d'une évolution du matériau mis entre ces mains, mais au travers d'une complexité croissante des travaux qu'on lui demande d'effectuer. LE GUILLANT pense fondamentalement qu'à l'heure actuelle le moteur du travail est le gain, aussi bien pour des personnes normales que pour des malades mentaux. C'est pourquoi ses ateliers prennent du travail de l'extérieur et le vendent à l'extérieur. Il peut s'agir de monter des jouets standardisés, camions, poupées, etc..., de fabriquer des objets en fer forgé vendus dans des magasins artisanaux, de coudre des boutons sur des cartes pour la vente, etc... Ces activités peuvent varier à l'infini et demander une précision de gestes de plus en plus grande. Ce travail est vendu au prix normal, et les gains de l'atelier, mis à part les prélèvements pour la caisse de solidarité, pour les fêtes du service ou autres, sont partagés entre les malades proportionnellement au rendement.

Le problème posé est important, longuement débattu par les tenants des deux théories, et non résolu, d'autant moins que les résultats sont aussi bons dans un cas comme dans l'autre.

Quoi qu'il en soit, à l'hôpital il faudra offrir au malade un jeu d'activités de plus en plus diverses et de complexité croissante.

Le fait que le malade travaille, a une activité sociale intense, nous oblige à ouvrir les pavillons, c'est-à-dire à supprimer non seulement les moyens de contention, les camisoles de force par exemple, mais également à détruire les grilles, les murs. C'est l'open-door, les portes ouvertes dans les hôpitaux psychiatriques. Comme vous le pensez, cela n'est pas simple et nécessite une organisation importante du travail, des activités, du traitement des malades.

A Hermann SIMON on demandat : « Mais que faites-vous si un malade casse les carreaux ou s'en va ? » — « Je soigne le pavillon, c'est lui qui est malade ».

Comment comprendre ce paradoxe ? Il faut entendre que l'organisation du pavillon, les liens entre les malades, la situation des infirmiers parmi les malades, n'ont pu exercer une pression suffisante pour empêcher les actes anti-sociaux.

Ainsi donc, activités sociales diverses, de complexité croissante, mais l'hôpital ne pourra jamais, aussi bien organisé fut-il, ne pourra jamais atteindre à la complexité de la vie familiale et sociale.

Il faut voir là la nouvelle tendance des « permissions » d'hôpitaux psychiatriques permettant au malade et à sa famille de reprendre des liens coupés par l'accès aigu de la maladie.

LE GUILLANT dans son service de 250 malades affirme que les 2/3 de ses malades sont absents du service les samedi et dimanche. Il va même plus loin affirmant que l'hôpital psychiatrique doit être un refuge du malade en décompensation, le malade retournant dans la vie normale dès que possible et revenant à l'hôpital au moindre trouble, au moindre début de décompensation. Ainsi avec un effectif de 250 malades, LE GUILLANT contrôle-t-il plus de 700 malades mentaux.

C'est dans les mêmes perspectives qu'est créé un hôpital de jour. L'hôpital de jour pour les malades moins atteints permet non seulement l'établissement et la poursuite d'un traitement, mais le maintien des liens avec la vie habituelle et le milieu social.

De même l'hôpital de nuit, près du lieu du travail, comme on en voit en Union Soviétique permet non seulement de traiter la névrose du travail débutante chez les ouvriers, sans pour cela leur faire quitter leur travail, mais également permet de réintégrer plus vite n'importe quel malade mental dans la vie réelle, en se servant du travail d'usine comme moyen thérapeutique de rééducation.

Tout ce mouvement socialthérapeutique n'est pas inutile. Toute cette organisation va permettre de mieux traiter le malade, de le guérir, de le rendre à la vie sociale plus rapidement.

En dehors des résultats obtenus dans ces services, pour nous en convaincre, citons quelques cas pris parmi tous les malades :

Hubert est âgé de 17 ans. Il est étudiant dans un collège. Il a fait des études normales, mais depuis un an n'arrive plus à travailler en classe.

Il devient de plus en plus inerte. Ne s'intéresse à rien, parle de moins en moins aux siens. Il reste dans sa chambre, sur son lit, les yeux ouverts dans le vide, méfiant. Nous le voyons à cette période.

Devant des signes indiscutables nous posons le diagnostic de schizophrénie débutante. Nous conseillons son hospitalisation.

Pour des raisons n'ayant rien à voir avec la médecine, ses parents ne veulent pas l'hospitaliser à l'Hôpital Razi et l'envoient en France. Il entre dans l'ancien service de SIVADON, dirigé actuellement par le Docteur FOLLIN.

Le Docteur FOLLIN confirme le diagnostic et entreprend le traitement.

Là les observations montrent qu'avec un traitement médicamenteux léger il est mis dans les ateliers et va suivre la filière que nous avons décrite.

Il revient à Tunis après quatre mois de séjour. A cette époque il est gai, parle volontiers, mais reste un peu délirant. « On le regarde dans la rue, on dit qu'il est fou, qu'il a été à Ville Evrard... » Le regard est baissé, les mouvements restent lents.

A Tunis, nous le faisons admettre dans une école technique, son niveau intellectuel le lui permettant.

Il y est depuis quatre mois. Il est suivi régulièrement, son comportement s'est modifié. Aujourd'hui il a un regard direct, une assurance de bon aloi. Il n'entend plus personne dire du mal de lui et fréquente des surprises-parties. Je pense qu'il doit continuer à s'améliorer.

Un autre exemple, celui-là parisien :

Robert est né en janvier 1922, il était tourneur. Il est hospitalisé le 3 février 1948 avec le certificat de Xavier ABELY : « Atteint d'une excitation psychomotrice atypique ».

Quinze jours plus tard, FOLLIN, alors assistant dans le service de SIVADON, précise : « Schizophrénie grave ».

Depuis 1948, son comportement à type de mutisme et d'impulsivité, n'est pas modifié.

En 1950, sur les exigences de la famille, il est topectomisé, c'est-à-dire qu'on lui fait une lobotomie, qui ne modifie en rien son comportement.

ALEPSAL

MISE AU ZÉRO
CORTICO-SOMATIQUE

Simple, sur, sans danger

3 DOSAGES

10 cg. CONVULSIONS

5 cg. SPASMES

1 cg. 1/2 DYSTONIES

COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES

PHÉNOBARBITAL "CORRIGÉ" PAR

BELLADONE STABILISÉE (Feuille)

Contre les manifestations secondaires Parasymphatiques.

CAFÉINE Eupnéique et Analectique Cardio-Hépat-Rénal
à dose faible permettant une tolérance encore accrue.

LABORATOIRES GÉNÉVRIER — 45, RUE M. MICHELIS — NEUILLY-PARIS

REMBOURSÉ S. S.
P. classe I

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie, 34, Rue de Marseille — TUNIS

PLEXONAL

L'hypnotique qui réapprend à dormir

— 0 —

2 à 4 dragées le soir au coucher

Laboratoires SANDOZ

6, Rue de Penthièvre — PARIS-8^e

— 0 —

Dépositaire Général :

O.S.P., 10, Rue Amilcar — TUNIS

Nous le retrouvons en 1957 dans le service, toujours le même. A cette date il est dans le pavillon dit « d'agités ». Mais avec le Docteur SIVADON, nous décidons d'ouvrir ce pavillon. Le processus d'ouverture se fait, Robert y participe.

Le jour de l'ouverture il tourne dans la cour, rencontre le trou formé par la porte ouverte, passe la tête par la porte, puis reprend sa marche en rond.

Le lendemain il ne sort pas de la salle de séjour.

Puis il s'enhardit, sort dans la cour, fait un ou deux tours et passe la porte.

A partir de ce moment, il ne fait que s'améliorer. Dès sa sortie du pavillon, il va à l'atelier de raphia, puis à la menuiserie où son comportement est excellent. Son amélioration est telle que sa famille, qui en avait très peur, demande une permission de courte durée. Celle-ci se passant bien, elle le redemande 8 jours.

Enfin, il demande une nouvelle permission d'un mois et cherche du travail en ville. Il en trouve, on le fait sortir. Il sera suivi régulièrement dans une post-cure.

Abdellaziz, agé de 45 ans, entre à l'hôpital de La Manouba en 1935. Le certificat marque « excitation atypique » et bientôt « schizophrénie ».

De 1935 à 1959, il a reçu divers traitements : insuline, électrochocs, largactyl. Avec des hauts et des bas, il n'a jamais été suffisamment bien pour pouvoir sortir de l'hôpital.

Lorsque je le vois, il est hébété, hagard, muet, ne bouge que difficilement. Il mange bien, mais commence à être gâteux.

La nouvelle organisation de l'Hôpital Razi va permettre sa réadaptation sociale.

Abdellaziz suit des matchs de foot-ball. Progressivement il veut faire partie de l'équipe du pavillon. Il va aux fêtes, aux randonnées avec un groupe de malades.

Au bout de deux mois il accepte d'aller travailler dans l'équipe agricole. Il y travaille de mieux en mieux. Il parle normalement, n'est plus gâteux, mange bien.

Ayant à faire à une famille compréhensive, habitant le Sud et travaillant la terre, je le mets, avec un traitement, en permission d'essai dans sa famille. Je le revois tous les mois. Les débuts ont été difficiles. Il ne reconnaissait personne, il ne reconnaît plus sa ville, pensez qu'il a été interné 25 ans à La Manouba. Mais actuellement il a commencé à s'intégrer dans sa famille, à travailler.

Hmed est âgé de 38 ans, fellah. Il entre dans le service pour un délire de persécution. « Ses voisins lui veulent du mal, veulent le tuer, l'empoisonner ».

Le bilan corporel ne montre rien d'anormal. La tension artérielle est à 14-18. Pas de sucre, pas d'urée, électro-encéphalogramme normal.

Il n'y a rien à signaler dans les antécédents. Il est marié et père de six enfants.

Malgré son délire, ses hallucinations (il entend des voix) et avec un léger traitement au largactyl, il va travailler à la menuiserie.

Son attitude se modifie progressivement. Alors qu'il était comme accablé par tout le mal qu'on lui voulait, il se redresse. Puis il n'entend plus de voix, même il ne pense plus qu'on a voulu le tuer. Il va en permission d'une journée, elle se passe bien. La permission est renouvelée pour huit jours et au bout de deux mois, il sort du service, guéri.

*
*
*

La Tunisie est un pays qui se développe rapidement; depuis 1954, tout bouge, tout progresse. L'agriculture se mécanise, des industries naissent chaque jour.

Ce bouleversement du pays n'a pas été sans rejaillir sur la médecine, principalement la médecine mentale.

L'hôpital de La Manouba s'est radicalement transformé. A l'heure actuelle, le mouvement socialthérapique, la thérapeutique par le travail est mis en train. Depuis 1957, l'optique, l'atmosphère du traitement à l'hôpital de La Manouba, est changée.

La socialthérapie avec ses réunions de malades par pavillon, ses fêtes, son cinéma, est instituée à l'hôpital. Toutes les semaines un match de foot-ball va opposer une équipe d'un pavillon à celle d'un autre pavillon.

Chaque pavillon à tour de rôle donne une fête, les scènes, les danses sont jouées par les malades pour les malades.

Un journal a été créé en 1957, hebdomadaire, naturellement, il est intérieur à l'hôpital, l'équipe de la rédaction comprend essentiellement des malades qui écrivent dans ce journal.

Corrélativement, comme nous l'avons dit, et cela a été imposé par l'évolution, les traitements médicaux se font plus intensifs, plus importants, et naturellement tous les traitements modernes sont employés.

Tout ceci a permis d'enlever les grilles des pavillons. L'hôpital de La Manouba est un des hôpitaux psychiatriques au monde où l'open-door, les portes ouvertes, est le plus largement appliqué. Des ateliers commencent également à se créer. Il y a déjà des ateliers de menuiserie, de mécanique, de reliure, la ferme a été aménagée, améliorée.

Ceci ne s'est pas fait sans poser différents problèmes. En effet, faire faire du tricot, du repassage, de la broderie à une malade mentale n'est plus reprendre la malade à son stade régressif. La malade le plus souvent ne sait pas faire tout cela. Les moniteurs le lui apprennent. La malade pourra remonter l'échelle sociale grâce à ce nouveau savoir.

Cela n'est pas possible dans toutes les maladies, mais dans les névroses de situation, il est évident que cela va amener la guérison des malades. En ouvrant ainsi des perspectives sociales au malade mental, on contribue à sa guérison et le problème des « perspectives », notion déjà découverte ailleurs, semble devoir être une des clefs du traitement de ces malades.

Egalement l'industrialisation de notre pays, ce bouleversement, provoque l'apparition de plus en plus fréquente de névroses, ce qui n'est pas le fait de notre pays seulement, mais de tous les pays en plein développement. Pour citer quelques chiffres, disons qu'avant 1954, il y avait 700 à 800 malades à l'hôpital de La Manouba. Actuellement il y en a 1.300 environ. Le rythme des entrées va s'accroître. Maintenant dans chacun des quatre services de La Manouba, on admet de 60 à 70 malades par mois, mais corrélativement les sorties vont en augmentant.

Ce mouvement important de malades, principalement dû à cette orientation nouvelle dont nous avons parlé, va de plus en plus intégrer l'hôpital de La Manouba, maintenant Hôpital Razi, dans la vie quotidienne.

Lorsque, l'expérience le prouvant, les malades restent peu de temps hospitalisés, parfois moins de quinze jours, ils n'auront plus peur d'entrer à l'Hôpital Razi, la famille d'y venir en visite, et d'accepter le retour de son malade en permission, puis définitivement.

L'équipement sanitaire mental du pays est important.

C'est le seul pays, à ma connaissance, qui distribue gratuitement des médicaments aux malades mentaux indigents, nous permettant ainsi de traiter les malades de façon ambulatoire.

C'est le seul jeune pays à avoir un hôpital de jour. En effet, son fonctionnement a posé d'importants problèmes d'organisation. D'abord il faut faire de sorte que la famille reprenne sans crainte son malade tous les soirs. On sait que le malade entre à 8 heures et sort à 17 heu-

res, ce faisant il garde sa place dans la famille, il n'est plus un étranger; guéri il n'aura pas à récupérer sa place puisqu'il ne l'aura jamais perdue.

Ensuite des questions matérielles de frais de va et vient tous les jours se posent pour certains malades.

Mais l'hôpital de jour contribue non seulement à traiter les malades mentaux, mais également à les réintégrer dans la vie sociale.

Cette évolution va se faire, doit se faire. Pour l'aider il faut créer en plus d'une ligue d'hygiène mentale du travail dont nous avons parlé, une ligue d'hygiène mentale tout court.

Il est nécessaire de populariser à l'échelon national la vraie figure du malade mental, de son traitement, pour que le mystère, la crainte qui les entourent, diminuent, puis disparaissent.

Alors les malades viendront se faire traiter dès le début de leurs troubles, avant même que leur hospitalisation soit obligatoire.

Car il est certain que si le traitement par le travail est une bonne chose, la prévention de la maladie mentale est encore le meilleur traitement, et est bien le but à atteindre. C'est celui de toute hygiène mentale.

C'est ce qui commence à se faire dans le monde et bientôt dans notre pays.

Adultes

3 à 5 cuillerées
à café par 24 h

S I R O P

Bébés - Enfants

1 à 3 cuillerées
par 24 h selon âge

ANTI-HISTAMINIQUE DE SYNTHÈSE

MÉRÉPRINE

P. Cl 3

A ACTION SEDATIVE DOUCE

DE GOUT TRÈS AGREABLE

TUNISIE — SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS

durabolin

Phényl-propionate de 19 nor-androstenolone

FACTEUR d'ÉDIFICATION des PROTÉINES TISSULAIRES

Action prolongée

L'anabolisant universellement prescrit et connu dans le monde entier.

● EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Ostéoporoses

Asthénies physique et psychique

Etats d'amaigrissement de l'adulte et du vieillard

Convalescences

1 à 2 ampoules à 25 mg. par semaine

L'emploi du DURABOLIN sera différé en cas de grossesse ou de présomption de grossesse

● EN CHIRURGIE

Traitement complémentaire du cancer du sein

Maladie post-opératoire

Escarres de décubitus

Retard de cicatrisation et de consolidation de fractures

1 à 2 ampoules à 25 mg. par semaine

● EN PÉDIATRIE

Insuffisance pondérale du nourrisson et de l'enfant

Au-dessous de 8 ans

Au-dessus de 8 ans

1 ampoule à 10 mg. par semaine

1 ampoule à 25 mg. par semaine

●
Boite de 4 Ampoules dosées à 25 mg. - P. cl 24
à 10 mg. - P. cl 12

Voie I. M. - Tableau C

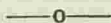
LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE

48, Rue de la PROCESSION PARIS 15^e



INFORMATIONS.**I^{er} CONGRES INTERNATIONAL D'HISTOCHIMIE
ET DE CYTOCHIMIE**

Paris 28 août — 3 septembre 1960



En 1960, du 28 août au 3 septembre, aura lieu à Paris, le 1^{er} Congrès International d'Histo chimie et de Cytochimie, organisé sous les auspices de la Société Française d'Histo chimie, en collaboration avec les Sociétés d'Histo chimie existant dans le monde et plus particulièrement avec la « American Histochemical Society », avec la « Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Histochemie », avec la « Société Belge d'Histo chimie », avec la « Société Italienne d'Histo chimie », avec la « Société Japonaise d'Histo chimie » ainsi que diverses sections d'Histo chimie non autonomes.

Lors de ce Congrès, tous les grands noms de l'Histo chimie mondiale seront représentés : le Professeur Voss (Allemagne) qui, avec le Président de ce Congrès, le Professeur Jean VERNE (France) sont les deux plus anciens histo chimistes, leurs travaux remontant à 1920; le Professeur LILLIE (U.S.A.), le Professeur SEKI (Japon), le Professeur VIALLI (Italie), le Professeur LISON (Brésil), le Professeur BRACHET (Belgique), le Professeur CASPERSON (Suède), le Professeur ASBOE-HANSEN (Danemark), le Professeur DANIELLI et le Docteur PEARSE (Angleterre) tous universellement connus pour leurs ouvrages fondamentaux sur l'Histo chimie. Il manquera à ce Congrès le Professeur FEULGEN (1884-1955) (Allemagne) qui a rénové l'histo chimie moderne.

On rendra hommage cependant au fondateur universellement reconnu de l'Histo chimie, à François-Vincent RASPAIL (France) qui le premier, en 1830, fit paraître un ouvrage sur l'histo chimie, avant même que l'histologie eût gagné droit de cité. On n'oubliera pas Claude BERNARD (France) qui le suivit dans cette voie vers 1850. ROBIN et VERDEIL (France) qui écrivirent en 1853 un ouvrage de chimie anatomique qui fut suivi de nombreuses éditions, FREY (Suisse) qui écrivit un ouvrage sur l'histo chimie avant 1870 et MANN (Angleterre) qui, en 1900, composa un excellent ouvrage sur l'histologie physiologique expliquée par la chimie.

Matériellement, le Congrès sera organisé de la façon suivante : les matins, les rapports généraux sur les problèmes physiques et chimiques auront lieu en séances plénières; les après-midis les rapports d'application seront exposés au cours de colloques.

Cette première manifestation de cette science toute jeune aura pour but de faire la mise au point des connaissances et des techniques les plus nouvelles acquises au cours de ces dernières décennies. Elle essayera surtout de faire apparaître le côté pratique de ces recherches et de faire connaître les moyens nouveaux qu'elle met à la disposition de la médecine, de la biologie et de la pharmacologie.

Si l'histo chimie est essentiellement une émanation de l'histologie, elle est surtout l'aboutissement d'une synthèse scientifique de

disciplines les plus variées. Elle unit au sein de l'histologie et sur une même base, les principes et les techniques les plus éprouvées de la chimie et de la physique, et ceci à un moment où les diverses disciplines tendent à devenir de plus en plus spécialisées et à se cloisonner tous les jours davantage.

Elle devient un élément moteur de tout premier plan, car elle donne une impulsion toute nouvelle à la biologie, lui conférant un caractère dynamique, évolutif, calqué sur les processus actifs de la vie proprement dite. En d'autres termes, l'histo chimie analyse le fonctionnement des processus biochimiques dans l'agencement normal des structures.

S'il est vrai que l'histo chimie classique emploie encore des méthodes traditionnelles de la fixation des tissus, prolongeant ainsi les applications de l'histologie, l'histo chimie moderne s'adresse surtout aux tissus vivants, non fixés, ce qui requiert des appareillages et un équipement tout particuliers. Cette nouvelle conception permet de s'adosser de manière plus étroite aux données biochimiques, qui leur servent de fond ; mais en même temps, elle les prolonge, les complète et permet ainsi d'observer le niveau auquel ces réactions se produisent.

Par la science histo chimie, il devient possible d'analyser la presque totalité des composants chimiques de la cellule, les plus importants, tels que les acides ribonucléiques et désoxyribonucléiques, différents acides aminés, des glucides et des polysaccharides, des mucopolysaccharides, des composés sulfhydriques, des lipides, des corps insaturés, le cholestérol, les corps inorganiques, les carbonyles lipidiques et bien d'autres encore...

L'un des chapitres les plus intéressants concerne les systèmes enzymatiques que l'on peut mettre en évidence dans les tissus. Ces enzymes confèrent à la méthode histo chimie une très grande spécificité et une sensibilité de premier ordre. Tel est le cas des déshydrogénases, des peptidases, des phosphorylases, des phosphatases, des peroxydases,...

Ses méthodes d'observation microscopique se sont perfectionnées. On arrive à examiner les tissus en l'absence de toute coloration, grâce au contraste de phase. Elle a recours de plus en plus à la microscopie en fluorescence et à la polarisation qui, bien utilisées, rendent des services appréciables. Une étape importante a été l'introduction du microscope interférentiel qui permet d'aboutir à des évaluations quantitatives, de masses de substances. D'autres méthodes sont en pleine évolution : telle la microscopie de stries (Schlieren) qui est, elle aussi, quantitative.

Toute cette nouvelle science a fait son profit de l'application des isotopes à la localisation des corps les plus divers : c'est ainsi qu'est née l'autohistoradiographie qui permet de suivre le cheminement de corps radioactifs à travers l'organisme et à situer leurs lieux métaboliques.

Elle a recours également à la microscopie électronique qui, de morphologique, commence à s'orienter vers la localisation de substances chimiques. L'historadiographie par les rayons X, les divers modes de spectrographie, dans l'ultraviolet, dans le visible, dans l'infrarouge sont devenus des piliers de l'histo chimie physique. Il existe

aussi un intérêt très marqué pour la spectographie de masse et la spectographie de résonnance nucléaire magnétique.

Toutes ces techniques chimiques et physiques sont souvent de maniement très délicat. Les procédés d'analyse sont plus fins, plus sensibles. Cela explique la nécessité d'un ensemble de matériel très complexe qui entraîne des frais d'équipement et d'installation très importants, malheureusement pas toujours à la portée de tous les laboratoires. Pourtant, c'est le seul moyen de parvenir à des unités de recherche rentables, c'est-à-dire capables de s'attaquer à tout problème important. Il va sans dire que les histochimistes doivent posséder une très large culture pour dominer tout le champ d'application et s'entourer de collaborateurs relevant des disciplines les plus diverses, afin de pouvoir faire face, à chaque instant, à toute sollicitation en vue de résoudre un problème déterminé.

Car, en fin de compte, sans sous-estimer les caractères techniques et spécialement de cette nouvelle science, l'histochimie tend à devenir plus pratique, plus portée vers l'étude des problèmes majeurs de la physiologie. Elle s'intéresse aussi à la pathologie du cancer, aux grands fléaux sociaux comme l'alcoolisme, aux maladies cardiaques, à l'athéromatose, aux problèmes concernant la gérontologie et le vieillissement des organismes, aux maladies mentales, sans parler de maladies plus communes, dermatologiques, gastro-entérologiques et autres. Enfin, elle est capable d'analyser efficacement de nombreuses maladies des tissus végétaux. Nombreux sont ceux déjà qui utilisent ces bases solides de l'histochimie étayées par des arguments biochimiques et métaboliques pouvant servir de guide à une thérapeutique plus efficace. Là s'insère l'utilité de l'histochimie pour tester l'activité de produits thérapeutiques, étant capable d'apporter à la pharmacologie des procédés nouveaux de contrôle des médicaments, complétant harmonieusement ceux en vigueur.

Dr A. WEGMANN,

*Secrétaire Général du 1^{er} Congrès International
d'Histochimie et de Cytochimie.*

Toute la correspondance relative au Congrès peut être adressée à
— Dr R. WEGMANN, Institut d'Histochimie Médicale, 45, rue des Saints-Pères, Paris (6^e), France.

Le programme détaillé sera envoyé sur demande.

Le prix d'inscription est de : 100 NF pour les Membres Titulaires Français,
75 NF pour les Membres Associés Français.

Pour les Pays Etrangers, le montant de l'inscription est de :

§ 25 pour les Membres Titulaires,

§ 20 pour les Membres Associés.

PROGRAMME PROVISOIRE

Problèmes physiques (Président de Section : Voss, Allemagne) :

« Spectographie ultra-violette », SANDRITTER (Allemagne).

« Spectographie infra-rouge », LEGOMTE (France).

« Spectographie dans le visible et photométrie », LOCQUIN (France).

« Radioautographie comme méthode d'exploration histochimique », LEBLOND (Canada).

« Spectrographie de masse et par rayons X », « Interférométrie », RINGERTZ (Suède).

« Fluoroscopie », DE LERMA (Italie).

« Microscopie électronique », BARNETT (U.S.A.).

Données biochimiques appliquées à l'histochimie (Président de section : LILLIE, U.S.A.) :

« Protéines », LISON (Brésil).

« Phosphatases (spécifiques et non spécifiques) », BANKOWSKI et VORBRODT (Pologne).

« Transporteurs d'hydrogènes », NOVIKOFF (U.S.A.).

« Estérase », BURSTONE (U.S.A.).

« Dérivés d'oxydation et lipides », POLONOVSKI (France) et WOLMAN (Israël).

« Polysaccharides », TAKEUCHI (Japon).

« Hétéroprotéines et acides nucléiques », BRACHET (Belgique).

« Histochimie inorganique », HINTZSCHE (Suisse).

« Phénols et indols », VIALLI (Italie).

« Métabolisme du Fer », GEDICK (Allemagne).

« Immunohistochimie », MAYERSBACH (Autriche).

Histochimie appliquée (Président de section : SEKI, Japon) :

« Tissu conjonctif », DELAUNAY (France), ASBOE-HANSEN (Danemark) et SZIRMAI (Hollande).

« Développement embryonnaire », ROSSI (Italie).

« Métamorphoses et régénération », « Tumeurs malignes », GOGLEWSKI (Pologne) et VENDRELY (France).

« Appareil génital et placenta », PANIGEL (France).

« Dent », WEILL (France).

« Glandes endocrines », HERLANT (Belgique).

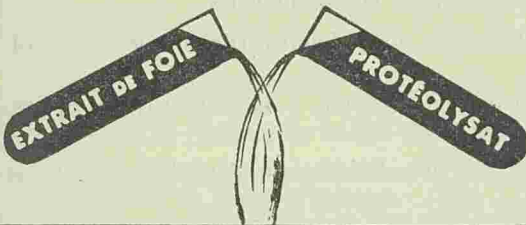
« Système nerveux normal et pathologique », PORTUGALOV (U.R.S.S.).

« Peau et glandes cutanées », MONTAGNA (U.S.A.).

« Pharmacologie », QUASTEL (Canada).

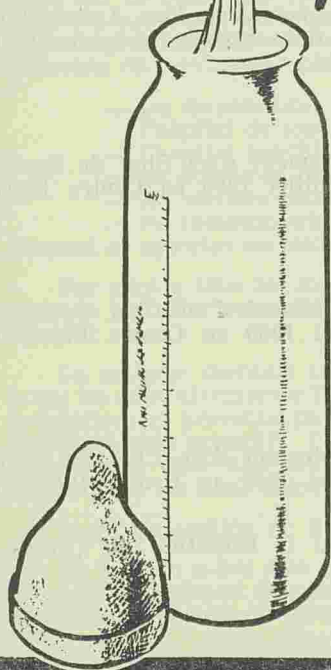
« Botanique », ROBERTS (U.S.A.).

D'autres sujets de rapports seront précisés dans un programme ultérieur.



PROTIGÉNYL

ingérable pour nourrissons



TROUBLES
de la
CROISSANCE

ANÉMIES - CARENCES

ALIMENTATION D'APPOINT
DES NOURRISSONS
DÉFICIENTS ET PRÉMATURÉS

Une ampoule (stérile)
par 3 kg de poids corporel
et par jour

LABORATOIRES RONCHESI - NICE

TUNISIE : SPECIMEDHY - 37, Rue d'Isly - TUNIS

L'AIDE AUX JEUNES DIABÉTIQUES

organise des Maisons Temporaires pour Jeunes Diabétiques en juillet et août 1960.

Cinq centres fonctionneront cette année : dans la Creuse, le Finistère, l'Orne, la Haute-Savoie et le Var.

Les séjours sont agréés par les Caisses de Sécurité Sociale et l'Aide Médicale.

Les demandes d'inscription doivent être adressées à :

L'Aide aux Jeunes Diabétiques
Centre International de l'Enfance
Château de Longchamp
PARIS-16^e

CENTRE PIERRE ET MARIE CURIE

(Centre Anticancéreux d'Alger)
Direction : Prof. Ag. BRÉANT

AVIS DE CONCOURS

Un concours sur épreuves pour le recrutement d'un Assistant de Médecine à mi-temps affecté au Service des Archives s'ouvrira le 14 juin 1960 au Centre Pierre et Marie Curie.

* * *

Un concours sur titres pour le recrutement d'un Chef de Service d'Oto-Rhino-Laryngologie s'ouvrira le 5 juillet 1960 au Centre Pierre et Marie Curie.

* * *

Un concours sur titres pour le recrutement d'un Chef de Service de Radiothérapie s'ouvrira le 5 juillet 1960 au Centre Pierre et Marie Curie.

* * *

Un concours sur titres pour le recrutement d'un Chef de Service des Radio-Isotopes s'ouvrira le 5 juillet 1960 au Centre Pierre et Marie Curie.

Pour tous renseignements s'adresser à la Direction du Centre :
Avenue Battandier - Alger. Tél. : 66.19.90.

ANALYSE

Services psychiatriques et architecture, par BAKER A., DAVIES R. L. et

SIVADON P. Cahiers de Santé Publique, N° 1, O.M.S., Genève, 1960.

L'O.M.S. vient de commencer la parution d'une nouvelle publication, les Cahiers de Santé Publique.

La première livraison de ce périodique concerne les Services Psychiatriques et l'Architecture, est l'œuvre de trois consultants de l'O.M.S., deux psychiatres et un architecte.

« L'architecture, œuvre de l'homme, est un élément important de son cadre de vie ».

Plus que partout ailleurs peut-être, l'architecture psychiatrique se doit d'être fonctionnelle. Les locaux, en effet, doivent être conçus en fonction de leur destination. C'est ce qui amène les auteurs à synthétiser, en dix pages admirables, les nouvelles conceptions du traitement des malades mentaux et de là, toute la conception psychiatrique.

Il est évident qu'aux temps où le malade mental n'était que parqué pour protéger la société, il n'était besoin que de grilles, de cours, de cellules. A l'heure actuelle, une nouvelle psychiatrie est née, de nouvelles techniques sont apparues, bouleversant les données assises antérieurement, et par conséquent le cadre du traitement, son architecture. C'est sur ce point que nous voulons insister. La technique architecturale, les principes qui commandent à l'organisation des locaux étant bien trop spécialisés et ceux que leur travail appelle à connaître les éléments du service psychiatrique :

- les dispensaires et centres de traitements précoces,
- l'hôpital de jour,
- l'hôpital psychiatrique,
- les homes de post-cure,
- les ateliers protégés,
- les communautés de travail,

sauront se reporter au texte original.

Par contre tous les médecins devraient se familiariser avec la psychiatrie actuelle, tant elle a subi de bouleversements ces dernières décennies.

La maladie mentale est connue comme une « réduction chez ceux qui en sont atteints de l'aptitude à s'adapter et à s'intégrer au milieu extérieur et provoque par là-même un retour à des modes de comportement plus primitifs. C'est dire que le traitement des troubles mentaux doit viser non seulement à éliminer les symptômes, mais aussi à rétablir les liens entre le malade et le monde extérieur. »

Cette conception de base guide tout le traitement actuel.

Le malade a-t-il une bouffée d'agitation ? Le centre de soins précoces, le dispensaire doivent pouvoir résoudre cet état au début en quelques heures avant d'entreprendre un traitement de fond ambulatoire

Le malade garde-t-il une sociabilité suffisante encore lui permettant d'accepter sa famille et d'y être accepté ? L'hôpital de jour avec son traitement diurne et son retour au domicile le soir permet de le reprendre à ce stade.

Le malade est-il plus régressé, la vie avec autrui est-elle plus difficile et peut-être plus dangereuse ? L'hôpital psychiatrique doit le prendre en charge. Là, le traitement appliqué immédiatement, les conditions de travail médical étant remplies, permettent de raccourcir la durée de son séjour.

« C'est ainsi, signalent les auteurs, qu'un certain hôpital, dans lequel en 1954 la durée moyenne de séjour était de 26 semaines a réussi à ramener en 1957 cette durée à 10 semaines en instaurant une politique de traitements actifs, qui a réduit de plus de moitié le coût de chaque malade et doublé la capacité d'hébergement sans le moindre agrandissement des locaux ».

A l'heure actuelle même la notion de chronicité perd tout son sens. Les leçons récentes qui se dégagent de l'application d'un traitement actif à tous les malades hospitalisés, même ceux pour lesquels le pronostic semblait désespéré ont amené les psychiatres à réviser leurs conceptions. La nouvelle politique thérapeutique donne des résultats si favorables chez tous les malades que le pourcentage de ceux qui peuvent être récupérés pour la société s'en trouve considérablement augmenté. Il y a dix années encore de nombreux psychiatres d'hôpitaux estimaient qu'un tiers, au bas mot, des malades mentaux étaient condamnés à finir leurs jours à l'hôpital. Il y a cinq ans certains pensaient que cette proportion pouvait être ramenée à 5 % et plus récemment on a pu soutenir que seuls les cas de démence progressive d'origine organique étaient justiciables d'une hospitalisation définitive. Les chiffres autorisent à penser que l'extension des traitements actifs et des mesures de réadaptations à la totalité des malades permettra d'épargner à la société « le lourd fardeau financier qu'entraînent les hospitalisations à vie ».

Ces traitements, ces techniques commencent à être appliqués partout dans le monde et sortent la psychiatrie de son ornière et de la peur mystique dans laquelle on l'avait confinée.

Il faut remercier les auteurs et les publications de l'O.M.S. d'avoir fait paraître une telle mise au point dont profiteront non seulement les spécialistes — ces principes sont déjà appliqués en Tunisie depuis plus d'un an —, mais tous les médecins qui veulent connaître l'état actuel de la psychiatrie moderne.

Docteur Lucien Lévy.

LOBAMINE VITAMINE PP

MÉTHIONINE... 0,15 g
VITAMINE PP... 0,05 g
POUR UN COMPRISE
DRAGÉE
3 A 10 DRAGÉES PAR
JOUR EN MOYENNE

★ LA MÉTHIONINE SUPPLÉE A LA CARENCE EN GROUPEMENTS MÉTHYLE QU'ENTRAÎNE LE MÉTABOLISME DE LA VITAMINE PP

★ LA MÉTHIONINE ET LA VITAMINE PP ONT DE NOMBREUSES INDICATIONS COMMUNES

TOUTES LES INDICATIONS DE LA VITAMINE PP
AFFECTIIONS HÉPATIQUES - CARENES PROTIDIQUES

REMBOURSABLE AUX ASSURÉS SOCIAUX



LABORATOIRES LOBICA, 25, RUE JASMIN, PARIS-16

VIENT DE PARAITRE.*Le Livre Blanc 1960*

Formulaire médical

Aux Editions Henri PERRIER

3, rue Aubriot - Paris-4^e

Prix à nos bureaux : 16,50 NF.

Contre mandat préalable ou virement postal : 18,35 NF.

(C.C.P. 9727 74 Paris).

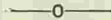
2.000 pages qui condensent, sous un format maniable, un ensemble de renseignements du plus grand intérêt pour les médecins et pharmaciens et qui se subdivisent en 4 titres.

TITRE I. — *Consultations médicales* : résumés de traitements classiques et sélection de spécialités groupées d'après leur principe actif dominant ou leur mode d'action.

TITRE II. — *Notices documentaires* : sélection des spécialités pharmaceutiques classées par ordre alphabétique.

TITRE III. — *Répertoire alphabétique des laboratoires* : dont les noms sont suivis de tous les renseignements commerciaux utiles et de l'énumération de leurs spécialités.

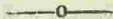
Le Livre Blanc, par l'originalité de son plan, la rigueur de ses classements et l'abondance de sa documentation, reste l'instrument de travail indispensable au Praticien en clientèle et au Pharmacien.

LIVRES REÇUS.*Le phénomène de Raynaud,*

Paul LANGERON, Lucien CROCCEL.

Syphillis,

Henri MATHIAS.



REVUE DE PRESSE.**CARDIOLOGIE**par le D^r M. BEN NACEUR

Les critères de l'hyperlipémie essentielle, par J. L. BEAUMONT, V. BEAUMONT et J. LENÈGRE. Revue de l'Arthérosclérose, N° 2.

Y a-t-il une relation entre l'hyperlipémie essentielle et l'athérosclérose ?

Les avis divergent.

D'où l'impérieuse nécessité d'une étude critique des critères de l'hyperlipémie essentielle.

Pour les uns ils sont cliniques :

- xanthomes éruptifs;
- hépatosplénomégalie;
- crises douloureuses abdominales;
- un sérum laiteux à jeûn, riche en graisses neutres.

Pour les autres, c'est un critère physiopathologique qui définit la maladie :

- c'est le ralentissement du métabolisme des graisses neutres ingérées et leur accumulation dans le sang circulant.

TAHNHAUSER ajoute un critère négatif :

- l'absence de xantheasma ou de xanthome chronique de la peau et surtout des os.

LENÈGRE et coll. présentent 65 observations qui répondent à l'un ou l'autre des critères positifs ou négatifs de l'hyperlipémie essentielle d'où il ressort :

- 1° Que les critères cliniques sont insuffisants et variables.
- 2° Que le ralentissement du métabolisme des graisses neutres est de loin le meilleur critère.
- 3° Que ce ralentissement du métabolisme des graisses neutres peut être mis en évidence par plusieurs épreuves : dont l'hypervitaminémie A provoquée (la vitamine A, au cours de ses premiers stades métaboliques est collée aux graisses neutres).
- 4° Que ces épreuves permettent de mettre en évidence les formes frustes et de rattacher certains cas où existent des xanthomes des tendons à l'hyperlipémie essentielle.

Traitement des thromboses artérielles et veineuses par la Fibrinolyse

Tout le N° 10, 1959, de la Revue « Angiology », a été consacré à ce problème thérapeutique qui ouvre de nouveaux horizons dans le traitement des thromboses artérielles et veineuses.

En tout douze articles, dont voici l'essentiel :

- 1° **Le produit utilisé :**
 - Une fibrinolyse humaine obtenue par activation de la profibrinolyse humaine (plasminogène) par la streptokinase.

Une vraie solution de Corticostéroïde...

Solucort

21 PHOSPHATE DE DELTA-HYDRO-CORTISONE + BENZODOECINIUM

ALLERGIE NASALE

ASTHME (AEROSOLS)

ALLERGIE OCULAIRE

LABORATOIRES

CHIBRET

CLERMONT-FP • PARIS



TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

SCHOUM

FOIE

REINS

VESSIE

DRAGÉES

MAGNOSCORBOL

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL

Antiseptique

- INTERNE
- EXTERNE

OMNIUM

LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine

SCHOUM, P. Cl. 2 — MAGNOSCORBOL, P. Cl. 3 — ANIODOL, P. Cl. 1 et 2

TUNISIE - Agence Pharmaceutique Française

8, Passage de la Monnaie - TUNIS

2° **La posologie** : variable selon les auteurs, allant de 10.000 unités à 100.000.

— La voie intraveineuse est employée en cure de plusieurs perfusions.

3° **Les résultats** :

— Il semble que dans les thromboses veineuses, la fibrinolyse associée aux anticoagulants permet d'obtenir une amélioration plus rapide.

— Sur les embolies pulmonaires, associées toujours aux anticoagulants, il semble que l'amélioration est plus rapide.

— 9 cas ont été rapportés par LUSSMAN et collaborateurs.

— 22 cas par MOSU et collaborateurs.

Ni l'un, ni l'autre ne tire des conclusions, et les deux sont d'accord pour dire que les recherches doivent être continuées dans une voie qui semble féconde.

4° **Les incidents et accidents du traitement** :

— La seule réaction fréquente au traitement a été une fièvre dans 50 % des cas, avec frissons et nausée.

— ROBERTS et collaborateurs signalent un choc grave mortel chez un malade.

— Cette réaction fébrile est due à la streptokinase.

Des recherches sont actuellement en cours pour trouver un autre activateur, ou pour purifier une fibrinolyse humaine qui serait activée sans l'intervention d'un activateur.

Action des associations d'acides gras insaturés sur la cholestérolémie et le lipidogramme, par V.

20 malades athéroscléreux, hypercholestérolémiques et hyperlipidémiques ont été divisés en 2 groupes :

— Le groupe A a reçu :

— 3 cuillerées à soupe par jour d'une émulsion d'acide linoléique et d'acide linoléique.

— Le groupe B a reçu :

— 3 cuillerées à soupe par jour d'une émulsion des 2 acides précédents plus de l'acide arachidonique;

(6 gélocapsules contenant 220 mlgr des 3 acides insaturés).

— Aucune modification significative n'a été notée dans le groupe A.

— Les 10 malades du groupe B ont tous présenté une baisse du rapport lipoprotéique et 9 sur 10 ont vu leur cholestérol baisser d'au moins 33 %.

— o —

Le Gérant : Docteur AMOR KHALFAT

Imprimerie BASCONE & MUSCAT — 41, Av. de Londres — TUNIS

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. S. MESTIRI — B. HAMZA — R. BEN BRAHEM —
A. CHADLY — A. KHALFAT — L. BENAÏSSA — Ch. TABBANE
— M. ABDELMOULA — P. BIERENT — J. BOUJENAH —
A. CHARRAD — M^{me} J. DAUD — MM. A. FOURATI —
A. HAGEGE — L. MOATTI — H. RAIS.

Rédaction : Ch. TABBANE

Administration : D^r Amor KHALFAT
M^{me} DOUIEB



Publicité pour la France : S. BATARD, 4, Place de l'Hôtel de
Ville, LE RAINCY (S.-et-O.)
et 21, Rue Saint-Fiacre, PARIS-2^e
Tél. Gut 10-34 et 35.

oxyurose - ascaridiose

sirop de
PIPÉRAZINE MIDY

*Concentration maximum
Activité constante
Atoxicité*



LABORATOIRES MIDY - 67, AVENUE DE WAGRAM, PARIS-17°

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

SOMMAIRE (1^{re} Partie)



<i>Un cas de chlorome avec mélastase cardiaque chez un enfant de huit ans,</i> par les Drs Ch. TABBANE, A. CHADLY, V. CORCOS, Mlle HELDT	153
<i>L'extraction des corps étrangers des voies aériennes par voie trachéale basse (Trachéotomie),</i> par le Dr Léon MOATTI, Laryngologiste de l'Hôpital Sadiki	167
<i>A propos d'un cas d'amylose spléno-réno-surrénalienne chez un enfant de cinq ans. Considérations pathogéniques,</i> par les Drs B. HAMZA et Hadi MAHERZI	177
<i>Les premiers résultats du traitement de l'asthme de l'adulte par une combinaison d'histamine et de gamma/globuline,</i> par les Drs KAROUÏ, SFERLAZZA, BONO	167
<i>Deux cas de kyste hydatique du Psoas,</i> par les Drs Néjib MOURALI et Ali SAÏDI	193
<i>Le « Cycle Glycémique » vis-à-vis de « L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée » et de la « Glycémie à jeun »,</i> par le Dr Ch. PÉREZ	199
<i>Aménorrhée primaire et épistaxis ayant cédé à une exploratrice,</i> par le Dr M. MAZOUN	211

GADÉOL 20

AMPOULE
BUVABLE
SUPPOSITOIRES

VITAMINOTHERAPIE D ET A
SANS RISQUE D'HYPÉRVITAMINOSE

Biosedra

KAMYCINE

capsules

l'antibiotique de l'intestin

Remboursé S. S.

P. CL. 52

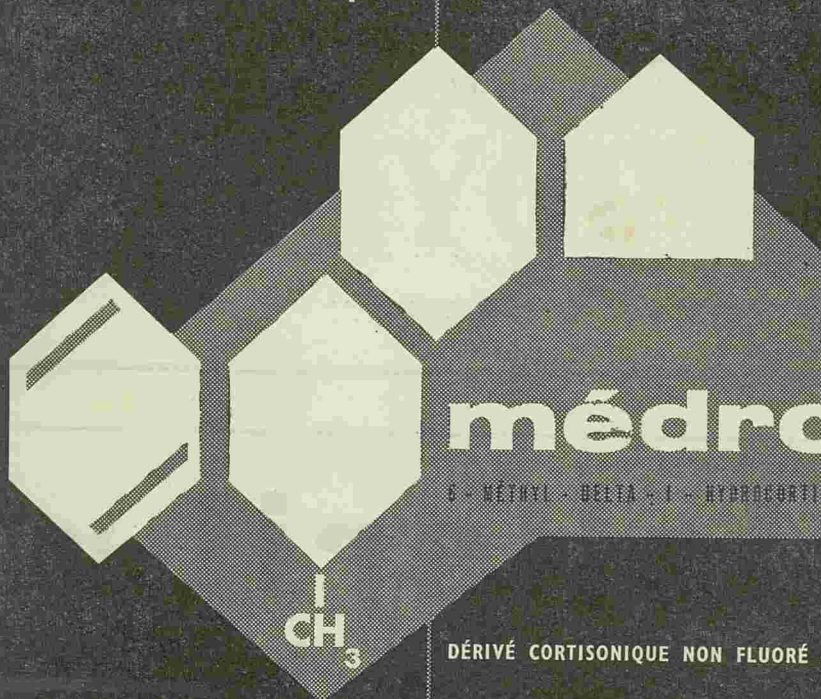


RÉF. 300.3

Laboratoires BRISTOL

32, rue de l'Arcade, Paris-8^e - Anj. 49-70

en corticothérapie



médrol

6 - MÉTIL - DÉLTA - 1 - HYDROCORTISONE

DÉRIVÉ CORTISONIQUE NON FLUORÉ

présente le coefficient thérapeutique le plus élevé

(marge de sécurité maximum
entre effets anti-inflammatoires
et effets secondaires)

400.2

LABORATOIRES **Upjohn** 63, BD HAUSSMANN . PARIS 8^e . ANJ. 46-30

BOITE DE 30 COMPRIMÉS SÉCABLES, DOSÉS A 4 mg DE PRINCIPE ACTIF - REMBOURSÉ S.S. P. Cl. 29 - AGRÉÉ AUPRÈS DES COLLECTIVITÉS - A.M.B.

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie, 34, Rue de Marseille — TUNIS

Un cas de Chlorome avec Métastase cardiaque chez un enfant de 8 ans

par les D^{rs} Ch. TABBANE, A. CHADLY, V. CORCOS, Mlle HELDT

— 0 —

Le Chlorome est une affection très rare (le nombre des cas publiés ne dépasse pas 240) décrite par ARAN en 1854 sous le nom de Cancer « vert ». Les modifications sanguines furent signalées plus tard par WALDSTEIN, DOCK et WARTHIN qui rapprochèrent cette affection des maladies de système du type de la leucémie. A cause de cette rareté, du caractère exceptionnel de la métastase cardiaque et des discussions nosologiques qu'elle soulève nous publions cette observation.

— L'enfant Younés, âgé de huit ans, est hospitalisé à l'Hôpital Ernest Conseil le 8-3-58.

Sa maladie a débuté au Kef trois mois auparavant par des otalgies très vives et une paralysie faciale gauche transitoires précédant l'apparition d'une exophtalmie d'abord gauche, ensuite bilatérale. Ces troubles amènent les parents à consulter le médecin qui suspecte une tumeur cérébrale. La ventriculographie gazeuse n'apportant aucune confirmation et l'exophtalmie devenant monstrueuse, l'enfant passe au Centre d'Ophtalmologie où il subit l'énucléation de l'œil gauche. De là il nous est adressé à des fins diagnostiques.

A l'examen : enfant pâle, cachectique, tenant à peine debout. Il présente une exophtalmie droite très importante avec ulcération de la cornée et une paralysie faciale droite. A part cette paralysie faciale l'examen neurologique ne montre aucune anomalie : pas de trouble de la sensibilité, réflexes cutanés normaux, réflexes tendineux présents, mais réponse faible en raison de l'amyotrophie importante; cependant incontinence des matières.

Au thorax : submatité de la base gauche avec diminution du murmure vésiculaire (il s'agit d'une pneumopathie banale qui regressera rapidement). Le cœur est normal.

A l'abdomen : rate et foie de volume normal.

— O.R.L. : les oreilles, la muqueuse buccopharyngée, la denture paraissent normales; par contre la voûte palatine se présente comme un sillon intermaxillaire compris entre deux fortes convexités recouvertes d'une muqueuse bleuâtre.

— La palpation des aires ganglionnaires montre une polyadéno-pathie inguinale et axillaire sans périadénite.

— Par ailleurs, la température est normale; l'enfant très affaibli est constamment allongé dans son lit, s'intéressant peu à ce qui se passe autour de lui; il entend bien et peut répondre aux questions. Il ne paraît pas souffrir.

Devant l'aspect caractéristique du malade le diagnostic de chlorome est évoqué et divers examens complémentaires sont pratiqués :

1° Radiographie du squelette :

— Crâne : aspect cérébroïde aux 3 étages du crâne. Aspect poreux sur la calotte crânienne. Tendance à la disjonction de la suture pariétofrontale.

— Massif facial bouleversé dans son architecture, surtout dans le maxillaire supérieur.

— Bassin : importante décalcification des ailes iliaques avec aspect chevelu de la trame.

— Les corps vertébraux, les côtes, les épiphyses des os longs sont décalcifiés.

2° Fond d'œil :

— Papille à bord flou. Veines très dilatées et sinueuses. Rétine œdématisée et pâle.

3° Hématologie :

— Hémoglobine : 81 %. Hématies : 3.130.000. Leucocytes : 27.000. Cellules blastiques : 30 %. Lymphocytes : 41 %. Plasmocytes : 1 %. Myélocytes neutrophiles : 5 %. Métamyélocytes neutrophiles : 1 %. Polynucléaires neutrophiles : 22 %. Normoblastes : 1,5 % globules blancs.

L'enfant est soumis à la corticothérapie (30 mg de cortancyl par jour) et aux antibiotiques.

Durant les premiers jours de ce traitement, nous observons une amélioration spectaculaire de l'état général coïncidant avec une rétrocession partielle des éléments pathologiques du sang. L'enfant s'assoit dans son lit, a de l'appétit, s'intéresse à ses voisins.

Malheureusement ce progrès ne dure que quelques jours et la maladie reprend son cours. L'enfant redevient apathique. La protrusion oculaire prend un aspect monstrueux nécessitant l'application d'un pansement. Des pétéchies apparaissent sur la peau du ventre. Sur les images radiologiques la disjonction de la suture frontopariétale devient évidente; le diploë s'élargit nettement; l'aspect multigéodique du maxillaire supérieur s'accroît. Aussi pessimiste est l'évolution hématologique : Temps de saignement, 7 mn; temps de coagulation, 8 mn. Hémoglobine, 36 %. Hématies, 1.950.000. Leucocytes, 7.500. Plaquettes, 142.000. Polynucléaires neutrophiles, 8,5 %. Cellules blastiques,

Liveroil

SUPPOSITOIRES

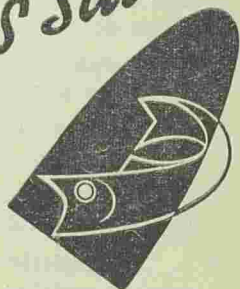
HUILE DE
FOIE DE MORUE
EUVITAMINÉE

A B₁ B₂ B₆ D₂
+ EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE DE FOIE

LABRES CHAMBON-PÉRIGIEUX ET 1 RUE DANTON-PARIS

APPETIT

*à tout âge de la vie
en toutes saisons*



TUNISIE : V. BISMUTH - 4, Rue de Strasbourg - TUNIS

22,5 %. Lymphocytes, 69 %. Moelle osseuse : moelle monomorphe formée presque exclusivement par des cellules blastiques nucléolées.

A la fin du mois d'avril, les saillies intra-buccales du maxillaire supérieur s'exagèrent au point de se toucher. L'enfant ne s'alimente presque plus. Il devient plus cachectique; un léger œdème apparaît aux pieds. A l'angle du maxillaire inférieur gauche on perçoit une tumeur arrondie, dure, paraissant enchassée dans l'os, ne modifiant pas la couleur des téguments. Une circulation veineuse collatérale qui était à peine visible sur le crâne devient plus importante. Formule sanguine : Cellules blastiques, 35 %. Grands lymphocytes, 6 %. Petits lymphocytes, 40 %. Polynucléaires neutrophiles, 18 %. Polynucléaires éosinophiles, 1 %. Normoblastes, 1 % globules blancs.

A la fin du mois de mai, apparaît un tremblement des membres supérieurs; l'enfant paraît souffrir, pousse des cris. Il meurt le 2 juin dans un état de marasme physique.

A l'autopsie :

— **Cœur** : Légèrement augmenté de volume, ne montrant aucune lésion valvulaire; ses cavités sont cependant dilatées. Le myocarde est brunâtre pâle et présente un nodule tumoral de la taille d'une noisette de couleur vert pistache à la coupe. Ce nodule est situé dans la paroi de l'oreillette droite, juste au-dessus du sillon auriculo-ventriculaire, le long du bord droit du cœur.

Le sac fibreux du péricarde contient un léger excès de liquide limpide, sans filaments de fibrine.

— **Poumons** : Turgescents de couleur beige-rosâtre avec présence d'un léger emphysème alvéolaire des sommets et des languettes antérieures, surtout à gauche. Le reste du parenchyme pulmonaire est franchement œdémateux, mais sans images d'hépatisation.

— **Ganglions lymphatiques** : De petites tailles, d'aspect grisâtre banal.

— **Rate** : De taille subnormale. Elle est recouverte par une capsule un peu épaissie et ridée. La pulpe blanche est peu visible sur la surface de section. Il existe une petite rate surnuméraire de la taille d'un noyau de cerise dans le tissu cellulaire du hile splénique.

— **Foie** : De couleur brunâtre pâle, sa surface de section montre un dessin lobulaire bien visible, sans lésions reconnaissables.

— **Surrénales** : Cortex mince, de couleur rose pâle, presque entièrement vidé de lipoides.

— **Reins** : Se décapsulent d'eux-mêmes; leur surface est lisse, de teinte rose-grisâtre avec quelques plages plus pâles.

— **Squelette** : Le crâne est très mince; il devient même transparent en certains endroits, mais ne montre aucune tumeur. Du côté de

durabolin

Phényl-propionate de 19 nor-androstenolone

FACTEUR d'ÉDIFICATION des PROTÉINES TISSULAIRES

Action prolongée

*L'anabolisant universellement
prescrit et connu dans le
monde entier.*

● EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Ostéoporoses

Asthénies physique et psychique
Etats d'amaigrissement de l'adulte et du vieillard
Convalescences

1 à 2 ampoules à 25 mg. par semaine

*L'emploi du DURABOLIN sera différé en cas de grossesse
ou de présomption de grossesse*

● EN CHIRURGIE

Traitement complémentaire du cancer du sein

Maladie post-opératoire
Escarres de décubitus
Retard de cicatrisation et de consolidation de fractures

1 à 2 ampoules à 25 mg. par semaine

●
Boîte de 4 Ampoules dosées à 25 mg. - P. cl 24
à 10 mg. - P. cl 12

Voie I. M. - Tableau C

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE

48, Rue de la PROCESSION PARIS 15^e



l'os, la dure mère est un peu bosselée et c'est en ces endroits que le crâne est devenu très mince. La face interne de la dure mère est, par contre, recouverte dans sa partie temporo-pariétale gauche d'une couche néoplasique de surface polylobée avec développement de tumeurs dont la taille varie de celle d'un noyau de cerise à celle d'une noix. Ces tumeurs d'un beau vert pistache pénètrent parfois dans la substance cérébrale qu'elles détruisent.

La faux du cervelet est souflée du côté gauche par une tumeur verte arrondie, de la taille d'une noisette. Il existe, de plus, un épaississement tumoral vert pistache de la dure mère au niveau de la gouttière optique s'étendant par « méningotropisme » à la selle turcique, mais aussi aux trous optiques; il enveloppe les nerfs optiques dans leur portion intra-orbitaire et remplit l'espace cellulaire intra-orbitaire en poussant le globe oculaire en avant.

Le crâne ne présente donc aucune destruction véritable en dehors de quelques érosions superficielles avec amincissement parfois important des os de la voûte.

— **La moitié de la voûte palatine** est également le siège d'une tumeur verte recouverte par la muqueuse et faisant saillie dans la cavité buccale.

— **Le sternum** présente une tumeur aplatie de couleur vert pâle recouvrant la majeure partie de sa face postérieure.

La 8^e côte droite est souflée par une masse verdâtre à développement sous pleural, de la taille d'un œuf de pigeon.

Le long de la colonne vertébrale il existe des tumeurs plus volumineuses, de consistance plus ferme et de couleur vert pâle.

Le bord droit des corps vertébraux D8, D9, D10 est recouvert par une couche de tissu verdâtre adhérent à l'os. A la hauteur de L1, L2 les corps vertébraux sont entièrement recouverts de ce même tissu tumoral. On retrouve enfin une grosse masse verte collée à la colonne, atteignant la taille d'une orange appliquée sur le muscle psoas.

Les os longs sont indemnes de tumeur. La moelle osseuse présente une couleur rose à reflet verdâtre.

HISTOLOGIE :

— **Tumeur de la dure mère** : Constituée par une culture pure de cellules tumorales, plus volumineuses que les myélocytes, à gros noyau clair arrondi ou réniforme et nucléolé, à cytoplasme relativement réduit. Ces cellules sont tassées les unes contre les autres dans une trame collagène très mince. On rencontre parfois au milieu de ces éléments blastiques, indifférenciés, quelques formes évolutives représentées par de petites cellules à cytoplasme réduit, à noyau dense et hyperchromatique, qui semblent correspondre à des micromyéloblastes.



TUNISIE : Ets COHEN-JONATHAN - 55, Av. de Londres — TUNIS

Ces tumeurs poussent dans le tissu cérébral qu'elles détruisent par endroits.

— **Tumeurs osseuses** : Présentent un aspect monomorphe formé d'éléments blastiques nucléolés infiltrant activement les faisceaux de fibres musculaires striées attenants.

— **Tumeur myocardique** : Nodule d'aspect monomorphe formé de cellules analogues à celles déjà décrites. Il est entièrement inclus dans le myocarde dont il dissocie les fibres musculaires voisines. Le reste du myocarde est sans lésion reconnaissable.

— **Moelle osseuse** : Montre une prolifération leucoblastique diffuse de type leucosique plus ou moins intense selon les régions, mais se retrouvant dans les côtes, le sternum et les vertèbres. Elle étouffe les éléments normaux de la moelle qui néanmoins persistent en partie au milieu de cette prolifération.

— **Ganglions lymphatiques** : L'un d'eux présente une hyperplasie des éléments réticulaires des sinus qui s'accumulent parfois et prennent un aspect franchement pathologique, comparable à celui rencontré dans les tumeurs. Tous les autres ganglions examinés sont le siège d'une irritation chronique banale.

— **Rate** : Hyperplasie de la pulpe rouge, sans éléments anormaux.

— **Foie** : Congestion assez marquée. Les sinus sont largement dilatés, mais il n'existe aucune infiltration évoquant une leucémie.

— **Surrénales** : Cortex mince, présentant une charge en lipides diminuée.

— **Pancréas** : Subnormal.

— **Poumon** : Œdème alvéolaire marqué, sans infiltration, de type leucémique.

— **Hypophyse** : Comprimée par la tumeur qui l'envahit partiellement par sa partie supérieure.

CONCLUSION :

Chlorome à tumeurs dure-mériennes et osseuses multiples avec transformation leucémique de la moelle, leucocytose et leucoblastose sanguines et présence d'une métastase cardiaque.

* *]
* *

Avant de commenter cette observation et pour mieux en souligner les particularités, rappelons brièvement les traits essentiels du chlorome.

Classiquement on le définit comme « une association de tumeurs multiples sous périostées, de coloration verte et d'un processus leu-

1^e couronnement de la corticothérapie anti-inflammatoire



DÉCADRON

comprimés à 0,1 et 0,5 mg

- plus rapidement efficace,
- plus facilement maniable,
- mieux supporté,

à des doses 5 à 10 fois moindres que la prednisone.

DÉCADRON (*normal*), boîte de 40 comprimés à 0,5 mg (P. cl. 29)

DÉCADRON *dosage FAIBLE* boîte de 40 comprimés à 0,1 mg (P. cl. 6)

3.000 fois plus soluble que l'hydrocortisone

SOLU DÉCADRON

injectable

Sel disodique du 21 ester monophosphorique d'hexadécadrol

- effet thérapeutique immédiat,
 - parfaite tolérance, injection indolore,
 - une seule présentation prête à l'emploi,
- pour les urgences ou les traitements locaux.*

boîte de 3 amp. de 1 cm³ contenant 4 mg de phosphate d'hexadécadrol (P. cl. 28)

toutes les indications de la corticothérapie en dermatologie

SOLU DÉCADRON

crème

- principe actif anti-inflammatoire, anti-allergique, anti-exsudatif, anti-prurigineux, totalement soluble;
- excipient de parfaite tolérance.

Tube de 5 g de crème dosée à 1‰ d'hexadécadrol (P. cl. 9)

Dof.SDac.SDd.i.3.4



Agréés par la Sécurité Sociale et les Collectivités

cosique aigu ». La maladie frappe surtout l'enfant du sexe masculin.

La symptomatologie, peu caractéristique au début (fièvre, pâleur, douleurs osseuses, névralgie des nerfs crâniens) devient évocatrice dès qu'apparaissent les tumeurs crânioorbitaires. Ces tumeurs, multiples, plus ou moins fermes, plus ou moins douloureuses, sous périostées siègent sur la voûte crânienne, qu'elles peuvent déformer, et dans l'orbite, amenant la protrusion des globes oculaires, donnant au sujet « un faciès de batracien ». A la base du crâne ces formations peuvent léser les nerfs facial et acoustique. A la face les tumeurs donnent lieu à des déformations, des névralgies. Le processus atteint moins souvent les os du thorax et rarement se localise aux épiphyses des os longs. Les radiographies ne révèlent pas toujours ces localisations. Quand les tumeurs sont très superficielles, la peau prend un reflet verdâtre. L'examen hématologique montre (parfois avec un certain décalage avec l'apparition des tumeurs) des modifications leucocytaires importantes dont nous parlerons plus loin. La maladie évolue rapidement vers la mort. L'autopsie montre des tumeurs vertes (très rarement blanchâtres) constituées de cellules leucoblastiques de morphologie variée. L'infiltration du foie, de la rate et des ganglions par ces éléments est rarement signalée.

Ces notions étant rappelées, certains éléments de notre observation nous paraissent intéressants à discuter :

1° Nous passerons rapidement sur la clinique, la symptomatologie étant assez évocatrice. Faisons remarquer toutefois, l'absence de douleurs osseuses, l'absence de tumeurs crâniennes sous-cutanées.

2° Beaucoup plus intéressantes sont les considérations d'ordre histologique et nosologique :

Deux problèmes nous semblent mériter d'être discutés. Le premier est celui de savoir si le chlorome est une affection de nature blastomateuse (sarcome vert) ou de nature hyperplasique systématisée (leucémie verte).

En d'autres termes, s'agit-il d'une leucémie à tumeurs ou d'un cancer avec extériorisation des éléments dans le sang périphérique ?

L'étude de larges et multiples prélèvements de notre cas d'une part, et la revue de la littérature d'autre part, permettent de résoudre cette difficulté d'ordre histologique. L'existence d'images d'envahissement, de destruction des tissus préexistants, la constatation de métastases nodulaires authentiques, l'apparition plus fréquente des modifications sanguines après l'apparition des tumeurs, l'existence parfois d'une formule sanguine normale et l'absence dans la plupart des cas d'infiltration diffuse des organes constituent à nos yeux des signes indiscutables en faveur de la nature cancéreuse de cette affection.

ANTALGIQUE ET DECONTRACTURANT

EQUANIL-ASPIRINE

Arthralgies et algies vertébrales

Syndromes douloureux chroniques

Accès paroxystiques des migraines

Dysménorrhées

de 2 à 8 comprimés par jour

Comprimés dosés à 125 mg d'Equanil et 400 mg d'Aspirine

Boîtes de 50 comprimés (cl. 9)

Laboratoires BYLA 20, Rue des Fossés-S'-Jacques - PARIS-V^e

La deuxième question qui se pose est celle de connaître le type cytologique en cause. La plupart des auteurs s'accordent à considérer les cellules chloromateuses comme des éléments leucopoiétiques indifférenciés. Cependant, certains auteurs, dont L. FRUHLING et A. CHADLY ont observé dans certains de leurs cas, une différenciation suivant l'évolution hématopoiétique de la moelle osseuse normale avec association d'hémocytoblastes, de myéloblastes, de myélocytes, des érythroblastes et même des plasmocytes d'où l'appellation de sarcome myélocytaire polymorphe qu'ils ont donné à cette affection. Dans notre cas, la plupart des prélèvements montre un aspect monomorphe formé de cellules indifférenciées, mais il existe parfois au milieu de cette prolifération blastique quelques petits éléments à noyau dense semblant correspondre à des micromyéloblastes.

Il résulte donc que l'élément tumoral du chlorome est une cellule blastique à évolution hématopoiétique. Cette cellule présente parfois une évolution myélocytaire ou plus souvent polymorphe.

Il peut sembler logique d'essayer d'établir un pronostic d'après le type cytologique du chlorome. Les notions tirées de l'oncologie générale permettent de considérer qu'un cancer est d'autant plus malin que l'élément dont il provient est plus indifférencié, plus jeune, plus embryonnaire. Les survies les plus longues devant se trouver dans les cas de chlorome à cellules évoluées et les survies les plus courtes se rencontrant dans les cas à cellules immatures. Il serait intéressant de rechercher l'existence ou la non existence de corrélation entre les caractéristiques cytologiques et l'évolution clinique de ces tumeurs.

RESUME :

Les auteurs rapportent un cas de chlorome chez un enfant de 8 ans avec manifestations cliniques très évocatrices (exophtalmie bilatérale, paralysie faciale, disjonction des sutures crâniennes sur les clichés, présence d'éléments pathologiques dans le sang périphérique). Evolution fatale au bout de six mois malgré corticothérapie.

L'autopsie révèle de nombreuses tumeurs vertes de la dure-mère ou de l'os n'entraînant pas de destruction du squelette. Du point de vue histologique il n'existe pas d'infiltration viscérale de type leucosique, mais de véritables tumeurs nodulaires à limites bien tranchées formées par une prolifération monomorphe d'éléments blastiques indifférenciés.

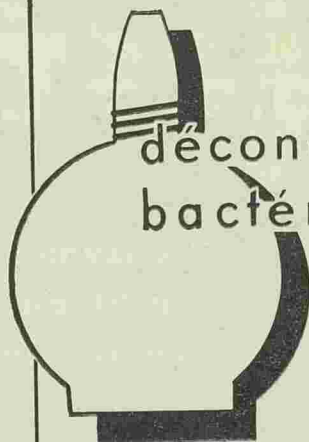
sans toxicité

sans action excitante
sur le système nerveux central

non inscrit au tableau C

BUTOXANE

— au benzododécinium —



décongestif
bactériostatique
nasal

SINUSITES · CORYZAS · RHINOPHARYNGITES

C H A N T E R E A U¹

P. Cl. 1 S.S.

TUNISIE : SPÉCIMÉDHY, 37, Rue d'Isly - TUNIS

LABORATOIRES SOMEDIA - 104, BOULEVARD HAUSSMANN - PARIS 8^e - EUR 29-50

WORTH



toutes
insuffisances digestives

excès alimentaires

festale

- * 3 enzymes pancréatiques
- * constituants biliaires
- * hémicellulase

53

• OU 2 DRAGÉES AU DÉBUT DES 3 REPAS • FLACONS DE 30 ET 100 DRAGÉES • REMBOURSÉS S.S. P. CLASSES 3 ET 10

L'extraction des corps étrangers des voies aériennes par voie trachéale basse (Trachéotomie)

par le D^r Léon MOATTI,

Laryngologiste de l'Hôpital Sadiki.



La méthode idéale pour extraire un corps étranger qui a pénétré par les voies naturelles dans les voies respiratoires est la **trachéo-bronchoscopie per orale**. C'est la voie logique, rationnelle, élégante que l'on doit utiliser en premier. Ce n'est qu'en cas d'échec que l'on est en droit d'envisager les voies d'abord chirurgicales, c'est-à-dire la **trachéotomie** ou la **bronchotomie**.

Il existe en effet des cas où l'extraction par les voies naturelles s'avère impossible, soit du fait de l'expérience insuffisante de l'endoscopiste, soit du fait d'une instrumentation incomplète ou mal adaptée à la nature, à la forme, au siège du corps étranger.

Quelle décision prendre dans les cas d'échecs ?

Il en est une, si l'on veut à tout prix éviter la voie sanglante : celle d'adresser l'enfant à un endoscopiste plus expérimenté, mieux outillé. Mais cela n'est toujours pas possible, soit qu'il y ait urgence à extraire un corps étranger particulièrement obstruant, soit que des difficultés d'ordre matériel empêchent le transfert du malade.

Par ailleurs, certains corps étrangers fortement enclavés, siégeant profondément dans une bronche lobaire ou descendu très bas dans une bronche de division terminale résistent à toute tentative d'extraction même par un endoscopiste bien entraîné.

C'est dans de telles circonstances que les indications de la voie chirurgicale se pose.

Dans l'état actuel de sécurité de la chirurgie, l'intervention sanglante comporte moins de danger, moins de risque, que l'obstination de certains endoscopistes mal entraînés ou mal outillés, à répéter les bronchoscopies pour une extraction difficile.

Les indications de la chirurgie sont-elles fréquentes ?

D'après les publications il semble que non; peut-être parce que la majorité des auteurs publient plus volontiers leurs succès que leurs échecs endoscopiques.

Paul GILLE, de Nancy, dans sa thèse intitulée : « Les incidences chirurgicales dans le traitement des corps étrangers bronchiques »,

publie les résultats d'une enquête qu'il a menée personnellement auprès de nombreux endoscopistes d'Europe et d'Amérique.

Le nombre des échecs qui lui ont été signalés est assez important et varie suivant les auteurs et suivant les pays. GILLE, qui est chirurgien, a, dans sa thèse, développé plus particulièrement les indications de la bronchotomie.

En tant que laryngologiste, nous n'envisageons que les indications de la voie trachéale basse, c'est-à-dire, la trachéotomie.

Notre statistique porte sur 18 cas de corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques relevés dans notre fichier de ces cinq dernières années :

9 ont été extraits sans difficulté par bronchoscopie per orale.

7 ont été extraits par trachéotomie après échec de la bronchoscopie.

2 ont été extraits par trachéotomie d'emblée.

2, justiciables de la bronchotomie, non acceptée par les parents, n'ont pu être extraits ni par bronchoscopie, ni par trachéotomie. Nous ignorons ce que sont devenus ces 2 malades.

Le nombre de nos échecs bronchoscopiques est important et il nous paraît intéressant d'en rechercher les causes.

La cause majeure, pourquoi ne pas l'avouer, est l'inexpérience du laryngologiste de moins en moins familiarisé avec les manœuvres endoscopiques depuis que les pneumologues se sont réservé les bronchoscopies d'examen. C'est là, la raison principale qui fait que certaines difficultés n'ont pas pu être surmontées. Ces difficultés ont été fonction :

- de l'âge du malade;
- du siège du corps étranger;
- de son degré d'enclavement;
- de sa nature, métallique ou végétale.

— La majorité de nos malades, 15 sur 18, avaient moins de 2 ans. A cet âge, la simple introduction du tube est déjà difficile. De plus l'étroitesse de son calibre rend nécessaire l'utilisation de pinces très fines qui permettent de saisir le corps étranger sous le contrôle de la vue. Il n'est pas facile d'avoir à sa disposition un jeu de tubes et de pinces adaptés à tous les âges et à toutes les variétés de corps étrangers.

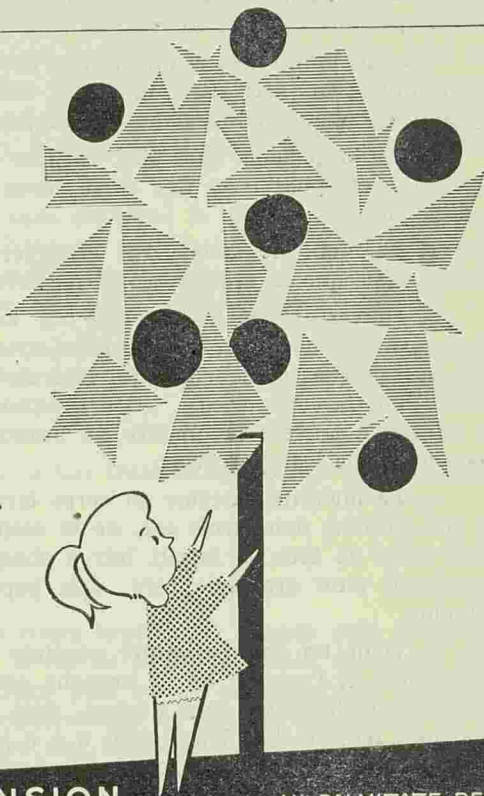
— Nos deux cas d'échecs complets, aussi bien par bronchoscopie supérieure que par trachéotomie, concernaient deux corps étrangers fortement enclavés dans la bronche lobaire supérieure gauche.



STABLE
PRÊTE A L'EMPLOI
GOUT DÉLICIEUX DE
FRAMBOISE ET D'ABRICOT



Toutes les indications
du Chloramphénicol en Patirldée



LAMARCA LYON 28

SUSPENSION
CHLORAMPHÉNICOL

AU PALMITATE DE

A 3,65% SARBACH



REMBOURSÉE A 90 %
PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
AGRÉÉE PAR L'A.M.G.
LES HOPITAUX ET LES COLLECTIVITÉS

P.C. 14

ALGERIE : Ets PHARMOFFICE — 1, Boulevard Bugeaud — ALGER
TUNISIE : PROPHARMA — 4, Pas, d'Elbe (43, R. Moktar Attia) — TUNIS
MAROC : Sté INTERFAR — 9-11, Rue de Colmar — CASABLANCA

L'un d'eux n'était même pas visible à travers la lumière du bronchoscope.

On apercevait l'extrémité effilée de l'autre (pointe métallique d'un stylo-bille); on arrivait à la saisir, mais les mors de la pince dérapaient à chaque mouvement de traction.

— Le siège sous glottique, ou pour être plus précis, le siège sous cordal, a été pour nous une autre cause d'échec d'extraction par bronchoscopie.

Il s'agissait de trois corps étrangers, dont la présence était certaine, mais que la bronchoscopie ne permettait pas de voir.

A l'ouverture de la trachée, par vision de bas en haut et après prolongation de l'incision jusqu'au cricoïde, les corps étrangers ont été vus plaqués contre la paroi latérale de la sous glotte, immédiatement sous la corde vocale. Cette situation explique qu'ils aient échappé à la vue à travers la lumière du bronchoscope qui les dépassait sans permettre de les apercevoir.

— La mobilité extrême du corps étranger dans la trachée ne nous a pas permis, dans trois cas, de le saisir entre les mors de la pince. Les accès de toux le faisait fuir à chaque tentative de préhension. Il s'agissait d'un grain de café, d'un pépin de pastèque et d'un pois-chiche.

— Dans un cas, la nature végétale du corps étranger et son enclavement à l'origine de la bronche souche droite a été la cause de l'échec. Il s'agissait d'un haricot, déjà putréfié et gonflé, car il séjournait dans la bronche depuis 5 à 6 jours. Notre pince morcellait à chaque prise le haricot. Nous ne possédions pas une pince spéciale à cuillers mousses fenêtrées qui aurait permis, une prise convenable, « au delà de l'équateur du corps étranger ».

— Dans deux cas enfin, la trachéotomie a été faite d'emblée, par suite d'accidents asphyxiques graves :

1° Un enfant de 18 mois, en dyspnée depuis 10 jours et chez lequel fut retiré par l'orifice trachéal une vertèbre de poisson flanquée de deux arêtes qui étaient plantées dans la muqueuse sous glottique.

2° Un enfant de deux ans qui fut trachéotomisé d'extrême urgence à la suite d'une syncope respiratoire déclanchée dès l'introduction du bronchoscope; une épingle à nourrice fermée fut retirée aisément par l'orifice trachéal.

* * *

Messieurs, nous venons de vous exposer nos échecs, leurs causes, et la méthode qui nous a permis de les réparer.

Cette méthode est la voie d'abord trachéale basse, c'est-à-dire, la trachéotomie, opération simple, sans danger, à la portée de tous les laryngologistes et de tous les chirurgiens. Certes, elle est moins élé-

gante que la bronchoscopie, mais elle présente des avantages certains pour ceux, en particulier, qui sont insuffisamment entraînés aux manœuvres endoscopiques. Elle est la seule méthode possible dans les centres démunis d'endoscopistes.

— Elle ne nécessite aucune instrumentation spéciale; tout centre chirurgical, si modeste soit-il, dispose du matériel nécessaire à cette opération.

— Elle permet d'aborder sans difficulté le corps étranger en prolongeant, au besoin, vers le haut ou vers le bas l'incision trachéale. Une simple pince de Kocher suffit souvent pour saisir le corps étranger et l'extraire. L'emploi d'un spéculum nasi est parfois utile.

Dans quelques cas aucune manœuvre d'extraction n'est nécessaire. Dès l'ouverture de la trachée un accès de toux fait expulser spontanément le corps étranger.

— Sa mortalité est nulle.

Les neuf enfants que nous avons trachéotomisés ont été tous guéris, sans séquelles.

* *
* *

Faut-il conclure après ce cours exposé qui semble être, mais qui ne l'est pas, un plaidoyer en faveur de la trachéotomie, que cette voie d'abord est à mettre sur le même plan que la bronchoscopie supérieure ? Certainement pas. La trachéotomie ne vit que des échecs de la bronchoscopie; elle devrait être une méthode d'exception, et elle l'est déjà dans les pays ou dans les régions de pays où l'on peut trouver un endoscopiste expérimenté, muni d'une instrumentation complète et perfectionnée, assisté d'une équipe homogène de collaborateurs.

Cet ensemble d'éléments ne peut se trouver, et n'est réalisable que dans un Centre spécialisé vers lequel serait drainé le maximum de malades.

La création d'un tel Centre en Tunisie nous paraît souhaitable. Il aurait la charge de pratiquer toutes les endoscopies, celle d'examen et celle d'extraction. Peu importe l'étiquette de celui qui en aurait la direction : Pneumologue actuellement confiné aux seules endoscopies d'examen ou laryngologiste auquel revient la désagréable et périlleuse mission d'extraire les corps étrangers. Ce qui importe c'est l'amélioration de nos résultats qui résulteraient de la création d'un tel Centre.

LEMARIEY, comparant les statistiques françaises à celles des Centres hautement spécialisés d'Amérique, particulièrement à celles du Centre Endoscopique de CHEVALLIER JACKSON à Philadelphie, a écrit ceci : « Les statistiques françaises sont moins favorables : négligence des commémoratifs, retard dans l'examen, défaut de centralisation, tentatives incompétentes ou précipitées dans un service mal pourvu,

*Nouvelle formule
à l'ascorbate de magnésium*

BONNE TOLÉRANCE LOCALE ET GÉNÉRALE

SANCLOMYCINE-VITAMINE C

POUR INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES

NÉCESSAIRE DOSÉ A :

100 mg de chlorhydrate de **TÉTRACYCLINE RHÔNE-POULENC**

400 mg de **VITAMINE C**

**TRÈS LARGE SPECTRE
D'ACTIVITÉ ANTIBACTÉRIENNE DE LA TÉTRACYCLINE**

**ACTION STIMULANTE
DE LA VITAMINE C
SUR LES DÉFENSES DE L'ORGANISME**

SOCIÉTÉ PARISIENNE
RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC

Information Médicale : 28, Cours Albert-1^{er} - PARIS-8^e - BAL. 10-70 - B. P. 490-08

paraissent être les principales causes de notre infériorité. Loin de nous la pensée de vouloir réserver à quelques chapelles l'extraction des corps étrangers ! Nous devons cependant rappeler aux novices de l'endoscopie, qu'une pièce de monnaie enclavée dans l'œsophage au manubrium sternal et un haricot dans l'arbre trachéo-bronchique d'un enfant de 10 mois, ne sauraient être situés sur le même plan; rappeler aussi aux internistes que la pratique de la bronchoscopie d'examen ne suffit pas à affronter l'extraction d'un corps étranger ». (LEMARIEY, O.R.L. infantile).

Messieurs, le médecin, on l'a toujours dit, est un éternel étudiant. Mais aujourd'hui, le cerveau d'un seul homme est incapable d'assimiler les progrès prodigieux de la médecine moderne dont les disciplines se multiplient, s'élargissent et se compliquent.

La médecine d'aujourd'hui n'est plus celle d'hier. A l'art médical d'autrefois qui pouvait être l'œuvre d'un homme seul, sont venues s'ajouter la science et la technique médicales avec tout un cortège d'exigences nouvelles aux premiers rangs desquelles se placent le travail en équipe et le perfectionnement incessant de l'équipement en matériel.

BIBLIOGRAPHIE

LEMARIEY : « Oto-rhino laryngologie infantile ».

GILLE P. : « Les incidences chirurgicales dans le traitement des corps étrangers bronchiques ». Nancy, 1957.

CHALNOT, GRIMAUD et GILLE : « Les problèmes chirurgicaux posés par certains corps étrangers bronchiques ». Presse Médicale, 1952, N° 74.

CHEVALLIER JACKSON :

— « 178 cas de corps étrangers des voies aérodigestives ». Bronchoscopie, œsophago-gastroscopie, 1937.

— « Les cas d'échecs de la bronchoscopie pour corps étrangers ». In Endoscopie pérorale et Chirurgie laryngée. Traduction française. Librairie Doin, 1923.

— « Corps étrangers des bronches et de l'œsophage chez l'adulte et chez l'enfant ». Annales O.R.L., 1955, N° 1.

DODINET : « Extraction avec succès d'un haricot intratrachéal chez un enfant de 18 mois en état de mort apparente ». Bronchoscopie, œsophago-gastroscopie, 1935.

DUMONT : « Les corps étrangers bronchiques végétaux ». Bronchoscopie, œsophago-gastroscopie, 1948.

FABRE : « Un cas mortel de corps étranger végétal (pépin de mandarine) chez un nourrisson ». Bronchoscopie, œsophago-gastroscopie, 1949.

- FAURE : « Diagnostic, indications thérapeutiques et pronostic, des corps étrangers des voies respiratoires chez les jeunes enfants (jusqu'à 6 ans) ». Thèse, Lyon, 1942.
- LASKIEWIEZ :
- « Corps étranger des voies respiratoires inférieures ». Bronchoscopie, œsophago-gastroscopie, juin 1936.
 - « Corps étrangers se gonflant dans les voies aériennes inférieures chez l'enfant ». Bronchoscopie, œsophago-gastroscopie, 1937.
- LEDUC-HEPTIA : « Contribution à l'étude des corps étrangers trachéo-bronchiques chez l'enfant. Indications de la bronchoscopie inférieure. La bronchoscopie sans bronchoscope ». Thèse, Paris, 1932.
- LIARAS et HOUEL : « Les incidences chirurgicales du traitement des corps étrangers des bronches ». In Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1953, N° 33.
- MONOD R., GERMAIN, SOULAS VANDOOREN : « Les corps étrangers des bronches. Dangers de la bronchotomie et intérêt de la trachéotomie dans le traitement d'urgence après échec de la bronchoscopie ». In Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1954.
- MOUNIER KUHN :
- « Fréquence et danger des corps étrangers méconnus des voies respiratoires ». Journal Méd. de Lyon, 1937, 5 août.
 - « Grain de courge dans la trachée d'un enfant de 6 ans ». Lyon Médical, 1935.
 - « Punaise à dessin depuis 19 mois dans les bronches d'un enfant de 10 ans ». Bronchoscopie, œsophago-gastroscopie, 1936.
 - « Importance, pronostic de l'œdème sous glottique dû aux corps étrangers végétaux chez les jeunes enfants ». Journal de Méd. de Lyon, 1942.
- RATON : « Difficultés d'extraction complète des corps étrangers d'origine végétale après un séjour prolongé dans les bronches ». Annales O.R.L., 1948, N° 5-6.
- SOULAS :
- « Indication de l'endoscopie des voies aériennes de l'œsophage ». Presse Médicale, 14 mai 1930.
 - « Haricot intra-bronchique chez un nourrisson ». Bronchoscopie, œsophago-gastroscopie, 1934, 271.
 - « Deux cas d'épingles de sûreté intra-bronchiques ouvertes pointe en haut ». Bronchoscopie, œsophago-gastroscopie, 1935, 258.
 - « Corps étrangers bronchiques chez l'enfant (polymorphisme clinique et difficiles problèmes thérapeutiques) ». Bronchoscopie, œsophago-gastroscopie, 1939-1940.
 - « Histoires compliquées de corps étrangers des bronches ». Annales O.R.L., 1946.
 - « Corps étrangers des bronches : considérations anatomopathologiques ». Revue de Rhino-Laryngologie, mai 1948. Annales O.R.L., 1949, N° 3.
- SOULAS et AUTIER : « Pronostic actuel des corps étrangers de bronches et de l'œsophage chez l'enfant ». Annales O.R.L., 1955, N° 1.
- TERRACOL et LACROIX : « Deux cas de corps étrangers de la région sous-glottique extraits par laryngoscopie directe ». Archives Internationales de Laryngologie, 1927.

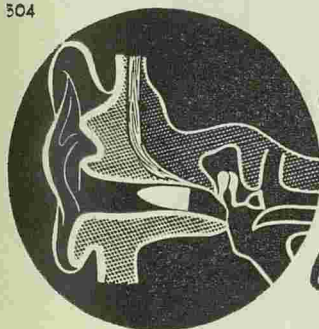
TERRACOL, JOYER, NOUGUIER et BALMES : « Corps étrangers de la bronche droite ». Bronchoscopie, œsophago-gastroscopie, 1934.

VASSILITCH : « Contribution à l'étude des corps étrangers bronchiques. Extraction chirurgicale ». Thèse, Alger, 1952.

VESSELLE : « Corps étranger végétal dans la trachée. Mort après vaines tentatives d'extraction ». Bronchoscopie, œsophago-gastroscopie, 1940.

LEMARIEY, LE BRIGAND et MULIER : « Fragment et thermomètre enclavé dans la bronche lobaire inférieure droite. Echec endoscopique. Extraction chirurgicale ». Annales O.R.L., mars 1959, p. 168.

504



OTOCONES

UNE NOUVELLE FORME THÉRAPEUTIQUE

Créée par les

**LABORATOIRES
CHIBRET**

BENZO-DODECINIUM	3%	otites externes et chroniques
CHLORAMPHENICOL DIHYDRO-STREPTOMYCINE	1%	suppurations chroniques de l'oreille moyenne
HYDROCORTISONE	2%	eczéma sec et suintant du conduit auditif externe

Infections Rhino Sinusiennes

ADULTES **BENZO DODECINIUM** 0.25%

ENFANTS **PROPIONATE de SODIUM** 2.50%

GOUTTES O.R.L. EN NEBULISEUR

LABORATOIRES **CHIBRET** CLERMONT-F^D

PARIS



TUNISIE. — Ets COHEN-JONATHAN : 55, A. de Londres — TUNISIA

30, Rue Singer PARIS (XVI^e)

40 ans de résultats cliniques



Pour éviter les troubles sur les
Antibiotiques par voie buccale
Donner en même temps le Lactéol
(Total Lactéol: 5 cuillères ou 1 ampoule 3 fois par jour)

A propos d'un cas d'Amylose Spléno-Réno-Surrénalienne chez un enfant de 5 ans.

Considérations pathogéniques

par les D^{rs} B. HAMZA et Hadi MAHERZI

La maladie amyloïde est une complication classique de certaines maladies chroniques chez l'adulte, elle est cependant beaucoup plus rare chez l'enfant. Ceci nous a incités à vous rapporter l'observation suivante d'un enfant de 5 ans hospitalisé dans notre service et qui a présenté une amylose spléno-réno-surrénalienne confirmée par examen histologique. Mais l'intérêt de la présente observation réside dans le fait que notre jeune malade ne présentait pas une affection chronique si avancée qui puisse se compliquer d'une maladie amyloïde. Aussi un problème de pathogénie nous a été posé sur la nature primitive ou secondaire de ce cas d'amylose.

OBSERVATION :

Mohamed Salah, âgé de 5 ans, est adressé dans le service le 19-8-59 pour ascite, œdèmes des membres inférieurs et anémie. Le début de la maladie remonterait à 6 mois environ par l'apparition d'œdèmes aux membres inférieurs suivis d'ascite.

A l'examen nous sommes en présence d'un enfant amaigri, pesant 16 kg 200, pâle, anorectique, présentant des œdèmes importants, prenant le godet aux membres inférieurs, un abdomen moyennement augmenté de volume dont la percussion révèle l'existence d'une petite lame liquidienne confirmée par ponctions; il présente en outre des troubles digestifs sous forme de diarrhée chronique. Par ailleurs, il est dyspnéique, mais aucun signe pulmonaire n'a été retrouvé à l'auscultation, si ce n'est quelques râles sibilants insignifiants disséminés dans les 2 champs; son cœur est normal; le foie et la rate ne sont pas palpables et le squelette est cliniquement normal. La tension artérielle par contre est élevée à 121/2-8.

Nous pratiquons plusieurs examens :

— Celui des urines montre : albumine 0 g 20 et 7 jours après 3 g 50, rares hématies, rares leucocytes, absence de cylindres.

— L'urée sanguine est normale : 0 g 20.

— L'hémogramme montre : globules rouges, 4.000.000; globules blancs, 16.000; polynucléaires neutrophiles : 60 %.

Dualité d'action
Diversité de présentations
Pluralité d'indications

Chéralène

(alimémazine - 6549 R. P.)

antihistaminique - neurostatique

PRÉSENTATIONS

Boîte de 5 ampoules dosées à 25 mg d'alimémazine
Boîte de 50 comprimés dosés à 5 mg d'alimémazine
Flacon de 150 cm³ de sirop dosé à 0,5 mg/cm³ d'alimémazine
Flacon de 30 cm³ de solution dosée à 1 mg d'alimémazine par goutte
Boîte de 10 suppositoires dosés à 20 mg d'alimémazine

Remboursés par la Sécurité Sociale - A.M.G. - Prix classes 4-2-3-5-2

INDICATIONS

Affections prurigineuses
Asthme, accidents allergiques

Toux et dyspnées
Préparation à la bronchoscopie

Algies zostériennes, lombalgies
Maladie de Parkinson (adjuvant de l'Artane)

Insomnies, névroses légères
Dystonies neuro-végétatives

POSOLOGIE MOYENNE

Chez l'adulte : 5 à 30 mg, et plus, par jour

Chez l'enfant : 0,75 à 1 mg par kilo de poids et par jour


THÉRALIX

98, rue de Sèvres - Paris 7^e Tél. : SÉGuR 13-10

- Le taux des protides sanguins diminués : 47 gr.
- Le taux du cholestérol augmenté : 3 gr.
- Le taux des lipides est presque normal : 7 gr 75.
- L'électrophorèse montre : une hypoalbuminémie, une hyperglobulinémie α_1 , α_2 et β .
- La vitesse de sédimentation est très accélérée : 137 à la 1^{re} heure, 143 à la 2^e heure.
- La cuti réaction est ++.
- La radiographie du thorax montre des hiles pulmonaires bilatéraux chargés, avec une opacité non homogène partant du hile gauche et s'étendant vers le sommet, sans image cavitaire et une scissurite à droite.
- Un tubage pratiqué a montré l'absence de B.K.
- Une ponction d'ascite a permis de retirer un liquide clair, lactescent, renfermant des polynucléaires intacts, de rares lymphocytes, mais pas de germes; à l'examen chimique, ce liquide renferme 4 gr d'albumine par litre.

Devant un tel état clinique nous avons d'abord soulevé le diagnostic de syndrome néphrotique associé à une tuberculose primo secondaire et avons mis le malade au traitement suivant :

Cortancyl	: 30 mg/j.
Rimifon	: 300 mg/j.
P.A.S.	: 7 g/j.
Peni	: 1.000.000 u/j.

Malgré cette thérapeutique suivie durant 15 jours, le syndrome a persisté et même l'ascite a augmenté de volume, ayant nécessité 4 ponctions successives à 5 jours d'intervalle de 200 cc, 300 cc, 400 cc, et 1 litre 100. A noter que l'examen du liquide recueilli a présenté chaque fois une réaction de Rivalta négative et que son taux d'albumine allait de 4 gr à des traces, avec absence de germe; cependant la dernière ponction a révélé l'existence d'un staphylocoque doré, germe sûrement de surinfection d'autant qu'à la même période le malade a présenté une stomatite à staphylocoque confirmée par prélèvement et examen bactériologique et enrayée par l'adjonction de 1 gr 20 d'érythromycine.

Point important : les examens d'urine successifs ont montré toujours une cythologie normale, l'absence de germes et en particulier de B.K. et surtout la diminution de l'albumine à 1 gr 50, puis sa disparition totale, environ 1 mois après l'entrée dans le service, alors que les œdèmes ont gagné les autres membres et le visage et que l'ascite a persisté et même s'est accentuée, nécessitant plusieurs autres ponctions : ceci nous a poussés à reconsidérer le diagnostic et à poser le

suppositoires antiseptiques
et anti-infectieux

RECTOSEPTAL



FORMULES

simple
sulfamidé
pénicilline

voies
respiratoires

bismuthé

angines

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE. PRIX cl. 1-2-3-4-6-8

Société d'Exploitation des **LABORATOIRES DEROL**
Service des Relations Médicales, 66^{ter}, rue St-Didier, PARIS 16^e

SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS (Tunisie)

PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — ALGER (Algérie)

M. PELISSARD : 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA (Maroc)

problème éventuel d'une amylose rénale; aussi nous avons pratiqué plusieurs examens dans ce sens :

— La biopsie du rein gauche pratiquée chirurgicalement a montré seulement des lésions de glomérulite.

— L'urographie intraveineuse a montré des calices et des bassinets bien dessinés, des uretères et une vessie normaux.

— La ponction biopsie du foie n'a pu être faite pour des raisons indépendantes de nous-mêmes et l'épreuve du Rouge Congo n'a pu être pratiquée vu l'évolution rapide du syndrome vers la mort.

Nous avons diminué progressivement le cortancyl (vu son action néfaste sur l'amylose rénale, puisque expérimentalement il est capable de provoquer avec les autres stéroïdes cortico-surrénaux une amylose), pour l'arrêter finalement. Les œdèmes semblent diminuer un peu lorsque brutalement par contagion est survenue une varicelle hémorragique gravissime constituée d'éléments papulo-vésiculeux hémorragiques atteignant les flancs, les membres, le thorax et le visage et particulièrement la bouche et la langue qui est devenue tapissée de vésicules suintantes et hémorragiques puis s'est généralisée sur tout le corps. La température s'est élevée à 40° et l'enfant est devenu prostré, très dyspnéique, présentant un aspect toxique. Son cœur est devenu très rapide, mais le foie, la rate et les poumons sont restés normaux. Nous avons alors institué le traitement suivant :

A.C.T.H. : 75 mg.

Gamma/globuline : 3 ampoules 1/2 par jour.

Transfusion de sang : 200 cc.

Pénicilline intraveineuse avec sérum glucosé : 5.000.000 u/j.

Des examens ont été pratiqués :

— L'hémogramme a montré : globules rouges, 4.620.000; globules blancs : 21.400; polynucléaires neutrophiles : 83 %.

— Hémoculture négative.

— Lame : absence d'hématozoaires.

— Examen d'une ponction de vésicule : absence de germes.

— Urines : absence d'albumine, cythologie normale.

— Ponction lombaire : seuls les éléments ont été faits (6 éléments).

Malgré la thérapeutique instituée l'état de l'enfant s'est aggravé, son agitation s'est accentuée et au 7^e jour de sa varicelle il a été pris par des convulsions subintrantes et est décédé le soir; l'hospitalisation a duré en tout 2 mois.

Le lendemain, du décès, nous avons pratiqué l'autopsie. A l'ouverture de l'abdomen jaillit un liquide jaune clair qui remplissait toute la cavité. Le foie de volume normal était de couleur normale, mais sa

ORTHO-GASTRINE

BOURGET CITRATÉ

SOUS-BICARBONATÉ

LABORATOIRES

A. LE BLOND

15, R. JEAN JAURES - PUTEAUX

(SEINE) - TÉL: LON. 07-36

Remboursé S.S.
P : cl. 1



FOIE

ESTOMAC

INTESTIN

Ortho-  *Gastrine*

FORMULE :

(Paquet-Dose)

Sulfate de soude desséché : 0,35
Phosph. de soude desséché : 0,25

Bicarbonat de soude : 0,10
Citrat de soude : 0,10

surface était tapissée de vésicules blanchâtres et à la coupe il est très congestionné. La rate était un peu augmenté de volume et à la coupe présentait un aspect rouge pâle. Les 2 reins sont un peu hypertrophiés. Uretères et vessie sont normaux. Les surrénales semblent un peu hypertrophiées. Le tube digestif est indemne de toutes lésions. Par ailleurs, aucun foyer de suppuration abdominal ni pelvien.

A l'ouverture du thorax, les plèvres sont libres, les poumons sont congestionnés, bleuâtres et à la coupe nous n'avons retrouvé aucun foyer de nécrose ou de suppuration macroscopique, si ce n'est la présence de 3 ou 4 petits ganglions de 1/2 à 1 cm de diamètre au niveau des hiles et de 2 ou 3 petits nodules calcifiés de 1 à 2 mm au même niveau. Les feuillettes du péricarde sont libres et le cœur est normal, sans aucune malformation morphologique; par ailleurs, aucune suppuration ni tumeur.

L'examen histologique de tous les organes pratiqué à l'Institut Pasteur par le Docteur CHADLI nous a révélé des renseignements plus précis :

— **Cerveau** : sans lésions reconnaissables en dehors d'un œdème et d'une congestion marqués.

— **Myocarde** : fascicule présentant un léger épaissement de ses cloisons conjonctivo-vasculaires.

— **Poumons** : fortement remaniés par une sclérose dense où ne persistent que de rares groupes d'alvéoles présentant un épaissement de leur paroi et un état cubique de leur épithélium de revêtement. En un endroit, on trouve un foyer de nécrose caséuse en voie de calcification entouré par une coque scléreuse.

— **Foie** : congestion marquée avec léger épaissement scléro-inflammatoire des espaces portes.

— **Rate** : important dépôt amyloïde dans les capsules de Malpighi étendu à la presque totalité du parenchyme splénique.

— **Reins** : dépôt amyloïde dans les glomérules — le tissu interstitiel est œdémateux et infiltré de lymphocytes — les tubes rénaux contiennent quelques cylindres hyalins.

— **Surrénales** : dépôt de substance amyloïde dans la zone fasciculée.

Cet examen anatomo-pathologique nous confirme le diagnostic d'une amylose spléno-réno-surrénalienne chez un enfant de 5 ans qui présente par ailleurs une primo-infection en voie de guérison.

L'intérêt de cette observation est triple :

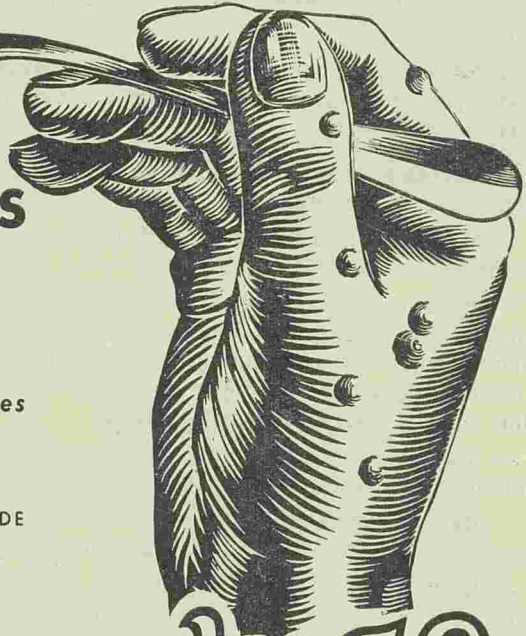
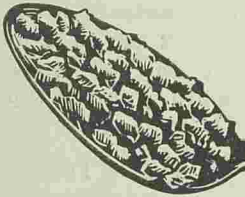
1° Elle nous pose le problème essentiel et très complexe de l'aspect primitif ou secondaire de l'amylose chez l'enfant. En effet, classiquement, l'amylose de l'enfant comme de l'adulte est dans la plupart des

NOUVEAU!

**L'association
VERRULYSE-METHIONINE**

★

*véritable aliment magnésien
facilite l'anabolisme
cellulaire et fait disparaître les
verrues, symptôme banal de*
DEMINERALISATION



GRANULÉS

*parfumés
à la framboise*

★

POSOLOGIE

*une à deux cuillerées
à café par jour*

ÉCHANTILLONS ET
LITTÉRATURE SUR DEMANDE

*Remboursé par la
Sécurité Sociale*

Verrulyse
méthionine

AUTRE FORME : **DRAGEES**

Ed. PUBLIREX

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS

cas secondaire à une affection chronique trainant depuis plusieurs années, tels que :

- tuberculose osseuse articulaire fistulisée, tuberculose généralisée;
- gomme syphilitique ouverte;
- abcès pulmonaires et pleurésies purulentes;
- ostéomyélites chroniques, actinomycose;
- polyarthrite chronique et évolutive, maladie de Still, maladie de Hodgkin, les tumeurs, etc...

Or, dans notre observation nous n'avons jamais trouvé de suppuration effective ou très avancée, ni aucune de ces affections précitées si ce n'est l'existence clinique, radiologique et anatomo-pathologique post-mortem d'une primo-infection tuberculeuse avec scissurite droite et opacité non homogène s'étendant du hile gauche au sommet, mais sans aucune image cavitaire et à l'examen anatomo-pathologique le seul foyer de nécrose caséuse retrouvé était en voie de calcification et nous avons retrouvé quelques corpuscules calcifiés au toucher, le tout évoluant seulement depuis 6 mois environ avant l'hospitalisation dans le service.

Ainsi, nous nous expliquons très mal qu'une primo-infection tuberculeuse en voie de guérison, n'évoluant pas depuis très longtemps, puisse engendrer une maladie amyloïde.

Aussi devant l'absence d'étiologie ou plutôt devant une étiologie si peu avancée, nous nous sommes permis de discuter si l'amylose spléno-réno-surrénalienne dans notre observation, n'était pas plutôt primitive et que la primo-infection n'a été que concomitante. A moins de retenir et de penser qu'une simple primo-infection si sévère soit-elle ait pu à elle seule déclencher le syndrome amyloïde.

Rappelons cependant, que dans l'amylose primitive de l'enfant, il y a une atteinte de presque tous les organes; l'atteinte cardiaque est presque constante et les autres organes les plus atteints sont : le tube digestif, la langue, les poumons et le foie, organes qui ne sont pas infiltrés par la substance amyloïde dans le cas de notre observation.

Quoi qu'il en soit, bien que chez notre malade la primo-infection tuberculeuse ne peut être facilement retenue comme affection causale et déclenchante de cette amylose spléno-réno-surrénalienne, il y a un fait certain, il faut bien le dire, c'est que rien ne peut nous permettre encore de distinguer chez l'enfant l'amylose primitive de l'amylose secondaire.

2° Elle nous montre, du point de vue pratique, que l'examen histologique d'une biopsie rénale effectuée par voie chirurgicale est parfois trompeuse et peut induire en erreur en ne montrant pas certaines

lésions spécifiques telle que l'amylose rénale. Cette méthode nous semble donc insuffisante pour confirmer un tel diagnostic; elle montre des lésions de glomérulite banale alors que l'examen anatomo-pathologique fait post-mortem sur tout le reste du rein a révélé des dépôts amyloïdes dans les glomérules.

3° Elle nous confirme enfin la sévérité devenue classique de la varicelle et son sombre pronostic lorsqu'elle survient chez un enfant traité pendant longtemps (1 mois et 21 jours dans notre observation) par les cortico-stéroïdes, particulièrement lorsque les surrénales sont elles-mêmes atteintes d'une affection comme ici d'une maladie amyloïde accélérant ainsi l'évolution fatale de la maladie concomitante.

X

Amibicide spécifique
de grande efficacité par **voie buccale**

GLAUCARUBINE HOUDÉ

Substance *crystallisée* extraite du *Simaruba glauca*

Comprimés sécables dosés à 50 mg.

Tube de 25

- Dysenterie amibienne aiguë
- Amibiase intestinale chronique
- Colites amibiennes.

Posologie : Adultes : 4 à 6 comprimés par 24 heures pendant 5 à 10 jours;

Enfants : 3 mg. par kilogramme de poids par 24 heures pendant 5 à 10 jours.

Remboursé par la Sécurité Sociale. Prix classe 14

Laboratoires HOUDÉ

NOR. 40-58

9, rue Dieu, Paris 10^e

BOT. 60-98

Adresse télégraphique : GRANULOUDE-PARIS

X

Les premiers résultats du traitement de l'asthme de l'adulte par une combinaison d'histamine et de gamma-globuline

par MM. les D^{rs} KAROUI, SFERLAZZA, BONO

—O—

Le traitement de l'asthme reste encore décevant. Les indications usuelles n'ont pas apporté aux malades un soulagement efficace. La corticothérapie elle-même, en raison de ses inconvénients, ne constitue pas un traitement idéal. Elle représente un traitement symptomatique dont l'action ne dure qu'autant que dure le traitement. Un espoir est né depuis les travaux récents sur la nature du terrain allergique et sur la manière de modifier ce terrain.

QU'EST-CE QUE LE TERRAIN ALLERGIQUE ?

L'introduction dans l'organisme d'une substance sensibilisante, nommée antigène, provoque chez des sujets sains la formation d'anticorps. Lors d'un contact ultérieur, le conflit antigène - anticorps provoque la libération d'histamine. Mais alors que le sujet normal réagit à cette libération d'histamine, grâce à un mécanisme régulateur, le sujet allergique réagira avec une intensité particulière, d'où découlera la crise d'asthme. Le sérum du sujet normal a le pouvoir de capter et de neutraliser l'histamine : cette propriété s'appelle pouvoir histaminopexique (PARROT, URQUIA, Mlle LABORDE). Le pouvoir histaminopexique est nul, de façon permanente chez les asthmatiques allergiques. Le terrain allergique serait en définitive dû à une dysglobulinémie avec absence de gamma/globuline histaminopexique (PARROT, SANDOR, Mlle LABORDE).

ORIGINE DE L'HISTAGLOBINE

En 1948, BENDA et URQUIA essayent de déterminer la dose létale d'histamine sur un lot de cobayes. Ils s'aperçoivent que ceux-ci supportent sans incident des doses d'histamine habituellement mortelles. En réalité, on se rappela que ces cobayes avaient reçu plusieurs mois auparavant, 2 cc de sérum humain au cours d'une expérience. Ce résultat inattendu, dû au hasard, devait être à l'origine du nouveau traitement des maladies allergiques. Il fut constaté, en outre, qu'en injectant aux mêmes cobayes du sérum humain d'asthmatiques, ces cobayes n'étaient pas protégés contre les aérosols d'histamine.

Chez l'homme, BENDA et URQUIA s'aperçurent, qu'en injectant à des sujets asthmatiques, du sérum humain de sujet normal, les malades voyaient leurs crises d'asthme suspendues pour un certain temps.

P. C1 - 3 à 35

androtardyl

(œnanthate de testostérone)

**ANABOLISANT EUPHORISANT
TONIFIANT DYNAMOGÈNE**

s' impose en

**MÉDECINE GÉNÉRALE
GÉRIÂTRIE
CARDIOLOGIE
PNEUMO-PHTISIOLOGIE
UROLOGIE
GYNÉCOLOGIE
HÉPATOLOGIE
CHIRURGIE
NEURO-PSYCHIÂTRIE
CANCEROLOGIE
CORTICO-THÉRAPIE**

Ampoules de 1 cc à 50 - 100 - 250 mg
1 injection i. m. par mois

Littérature et échantillons :

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS

13, rue Miollis — PARIS (XV^e) — Suffren 54-94

Ils conclurent que le sujet sain avait, dans son sérum, une substance que le sujet allergique ne possède pas, et qui est capable de neutraliser l'histamine.

Etant donné les difficultés qu'il y a à se procurer du sérum humain d'efficacité contrôlée, d'autres auteurs (PARROT, URQUIA, Mlle LABORDE) se sont attachés à la recherche d'un complexe biochimique possédant des vertus curatives similaires. Ils émirent l'hypothèse que la fraction active du sérum humain pouvait être un complexe associant l'histamine à une fraction de gamma/globulines : la gamma/globuline constituant un substrat protidique avec l'histamine comme haptène.

L'**Histaglobine** est donc un complexe d'histamine et de gamma/globulines. On pratique une série d'injections, 3 en moyenne, à raison d'une par semaine. Certains cas rebelles nécessitent des injections plus rapprochées et plus nombreuses. La tolérance est très bonne. La protection apparaît 20 à 90 jours après la première injection. L'emploi simultané d'autres remèdes est sans inconvénients. Cependant la corticothérapie doit, dans la mesure du possible être évitée, car elle pourrait s'opposer à l'apparition de la protection.

A la lumière de ces travaux nous avons pratiqué à l'hôpital et en clientèle un traitement par l'**Histaglobine** sur de nombreux malades atteints d'asthme. Les succès sont nombreux, mais il faut dire qu'il y a eu aussi des échecs. Parmi les cas considérés au début comme des échecs, il y a eu des malades qui se sont améliorés tardivement.

Nous citerons 5 observations parmi les plus intéressantes :

Première observation :

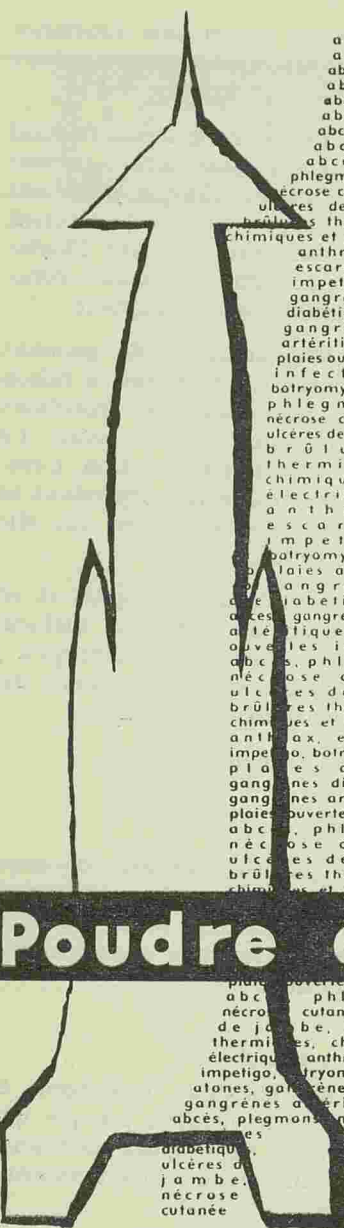
Mme X..., professeur, souffre depuis plusieurs années de crises d'asthme chaque fois qu'elle manipule de la craie. Tous les traitements usuels, corticothérapie comprise, n'apportent aucun soulagement. 3 injections d'**Histaglobine** à 8 jours d'intervalle apportent une guérison qui se maintient depuis plusieurs mois.

Deuxième observation :

Mlle G..., 20 ans, souffre depuis 10 ans d'asthme. L'allergène est la poussière de maison. Les crises sont très fréquentes, presque quotidiennes. Entre les crises persiste un fond de dyspnée permanente. 3 injections d'**Histaglobine** à 8 jours d'intervalle rendent immédiatement à cette jeune fille une vie normale.

Troisième observation :

M. X..., est traité à l'hôpital pour asthme. Il fait sa crise régulièrement quand il séjourne dans son appartement. Dès qu'il passe ses journées dans son magasin ou chez des parents, il ne fait aucune crise.



a
a
ab
ab
abc
abc
abce
abcé
abcés,
phlegmons,
nécrose cutanée,
ulcères de jambe,
brûlures thermiques,
chimiques et électriques,
anthrax,
escarres,
impetigo,
gangrènes
diabétiques,
gangrènes
artérielles,
plaies ouvertes
infectées,
botryomycome,
phlegmons,
nécrose cutanée,
ulcères de jambe,
brûlures
thermiques
chimiques et
électriques,
anthrax,
escarres,
impetigo,
botryomycome, a
plaies atones ab
gangrènes abc
diabétiques, abc
gangrènes - abcés
artérielles, plaies
ouvertes infectées,
abcés, phlegmons,
nécrose cutanée,
ulcères de jambe,
brûlures thermiques,
chimiques et électriques,
anthrax, escarres,
impetigo, botryomycome,
plaies atones,
gangrènes diabétiques,
gangrènes artérielles,
plaies ouvertes infectées,
abcés, phlegmons,
nécrose cutanée,
ulcères de jambe,
brûlures thermiques,
chimiques et électriques,

le
détergent
SÉLECTIF
des plaies
infectées

Boîte: 1 g de Poudre de Trypsine
(conditionnement spécial pour pulvérisations)
S.S. A.M.G. COLL A.P. (540 frs)

Poudre de trypsine

plaies ouvertes infectées,
abcés, phlegmons,
nécrose cutanée, ulcères
de jambe, brûlures
thermiques, chimiques et
électriques, anthrax, escarres,
impetigo, botryomycome, plaies
atones, gangrènes diabétiques,
gangrènes artérielles, plaies
ouvertes infectées, abcés,
phlegmons, nécrose cutanée,
ulcères de jambe,
brûlures thermiques,
chimiques et électriques,
anthrax, escarres,
impetigo, botryomycome,
plaies atones, gangrènes
diabétiques, gangrènes
artérielles, plaies
ouvertes infectées, abcés,
phlegmons, nécrose
cutanée, ulcères de
jambe, brûlures
thermiques, chimiques
et électriques, anthrax,
escarres, impetigo,
botryomycome, plaies
atones, gangrènes
diabétiques, gangrènes
artérielles, plaies
ouvertes infectées,

LABORATOIRE  Paris (16^e)
48, Av. Th. Gautier

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS

Il est donc sensibilisé à un allergène qui se trouve dans son appartement. Il subit à l'hôpital 3 injections d'Histaglobine à 8 jours d'intervalle. Pendant un mois, les crises d'asthme continuent à se manifester. Après un mois, les crises disparaissent même quand il séjourne dans son appartement.

Quatrième observation :

Un vieillard fait depuis plus de 15 ans des crises d'asthme très fréquentes lui rendant l'existence insupportable. Au cours d'une crise violente, il est hospitalisé. Il subit 3 injections d'Histaglobine à 8 jours d'intervalle. A la 2^e injection, il est soulagé. A la 3^e injection, il ne fait plus de crise. Le malade qui n'attendait de l'hôpital qu'un soulagement éphémère, est émerveillé.

Cinquième observation :

Un jeune homme, âgé de 20 ans, souffre depuis des années d'asthme en permanence, avec recrudescence hivernale. 3 injections d'Histaglobine en octobre, ont permis à ce malade de passer un hiver tranquille, sans aucune crise.

CONCLUSION

La proportion des guérisons et des améliorations est selon les auteurs de 50 à 60 %. Les améliorations peuvent être immédiates. Elles peuvent aussi être tardives et n'apparaître qu'après 20 à 90 jours. On peut, pour certains malades, parler véritablement de guérison. Dans certains cas, pour se maintenir, elles nécessitent une série de 3 injections, à intervalle régulier, tous les ans, ou des « rappels ». Il faut avouer qu'il y a des échecs, 30 % des cas environ. Mais il n'en demeure pas moins, que nous avons là, une thérapeutique intéressante et pleine d'avenir.

DORMIR ET TRAVAILLER DANS LE SILENCE

Boules QUIES

EVITER LES OTITES EN NAGEANT

Echantillons au Corps médical

Laboratoires "QUIES" 8, Rue Augbrières Chabrières - PARIS XV

Dépositaire : O. S. P. : 10, Rue Amilcar — TUNIS
Echantillon à toute demande qui se recommandera de cette Revue

Encore un ?
ANALGÉSIQUE

*OUI...
mais*



Traitement
NOUVEAU

COMPRIMÉS ANALGÉSQUES

CEPHYL

INDICATIONS

CÉPHALÉES - MIGRAINES - NÉURALGIES - SCIATIQUES
DOULEURS RHUMATISMALES - RÈGLES DOULOUREUSES



ACTION IMMÉDIATE

Phenacétine	0,14
Caféine	0,04
Ac. Acétyl salicyl.	0,10



ACTION PROLONGÉE

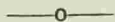
Gelsemium	6
Spigelia	6
Iris versicolor	6
Nux vomica	6
Belladonna	6

Demandez-nous des échantillons.

LABORATOIRES P. H. R. - 38, RUE THOMASSIN - LYON - TÉL. GA 12-17

Deux cas de kyste hydatique du Psoas

par MM. les D^{rs} Néjib MOURALI et Ali SAÏDI



Parmi les problèmes posés par les Kystes hydatiques, le problème de la localisation est incontestablement le plus déroutant. Tous les sièges sont possibles, si bien que dans nos contrées, devant toute tumeur qui ne fait pas d'emblée sa preuve, on doit penser avant toute chose à l'ecchinococcose et orienter les recherches en ce sens.

Les deux observations que nous rapportons aujourd'hui en apportent la preuve :

OBSERVATION I :

— Mme H... Bent M..., 23 ans, est adressée dans le service le 23 mars 1959 pour kyste de l'ovaire droit. La malade nous apprend qu'elle avait accouché depuis un an et peu de temps après son accouchement. une masse de siège hypogastrique est apparue, qui n'a cessé de se développer, au point d'atteindre une taille importante en quelques mois. Parallèlement est apparue une gêne aux mouvements d'extension de la cuisse sur le tronc.

A l'examen, on aperçoit une voussure énorme, de la taille d'un ballon de rugby, siégeant dans la fosse iliaque droite, à grand axe longitudinal oblique en dehors.

La palpation la montre tendue, élastique. En haut elle atteint l'ombilic, en bas elle se continue dans le petit bassin, en dehors elle reste à 2 travers de doigts de l'épine iliaque antéro-supérieure, alors que la limite interne est paramédiane. Cette tumeur est d'une **fixité remarquable**.

Le T. V. montre un utérus non gravide de taille normale. Les annexes sont normales, on perçoit nettement les ovaires.

Fait important : cette tumeur est indépendante de l'utérus.

L'état général est par ailleurs bien conservé : température, pouls et T. A. sont normaux; en bref, la malade semble très bien supporter son affection.

L'examen des autres appareils : poumons, rate, foie, reins, système nerveux, os, ne montre aucune anomalie.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire est écarté, mais il reste à trouver une origine à cette masse sous ombilicale, de tolérance quasi parfaite.

Nous faisons pratiquer un lavement baryté qui montre un côlon normal.

un nouveau concept
en thérapeutique

MARSILID

MARSILID "ROCHE"

Mode d'action

Le MARSILID introduit un concept pharmacologique nouveau : celui des inhibiteurs de la **monoamine-oxydase**.

C'est en inhibant la monoamine-oxydase que le MARSILID détermine une augmentation du taux de la sérotonine et des catécholamines, (adrénaline, noradrénaline), dans différents organes, **cerveau, myocarde**, notamment.

Champ d'application

Le MARSILID donne au clinicien un puissant moyen d'action :

en **psychiatrie**
sur les syndromes dépressifs

en **cardiologie**
sur l'angine de poitrine.

" ROCHE "

Posologie

Traitement d'attaque :

50 à 100 mg par jour chez les malades ambulatoires. Ne pas dépasser 150 mg.

Traitement d'entretien :

Dès que l'effet se manifeste, diminuer progressivement les doses de 25 en 25 mg jusqu'à 25 à 50 mg par jour.

Surveillance du traitement

Toutes les thérapeutiques modernes les plus actives nécessitent une surveillance attentive des réactions individuelles.

Le MARSILID n'échappe pas à cette règle.

Surveiller l'apparition éventuelle d'une hypotension progressive, notamment orthostatique, ou d'une subexcitation maniaque.

Éviter l'emploi du MARSILID en cas d'affections hépatiques aiguës en évolution.

Présentation

Étui de 30 comprimés

Prix : Classe 6

PRODUITS "ROCHE" S. A., 10, RUE CRILLON, PARIS

Remboursé par la Sécurité Sociale

Les constantes humorales sont normales.

La numération par contre nous amène un élément de valeur : une éosinophilie à 7 %. La possibilité d'un kyste hydatique est soulevée et nous faisons faire une réaction de Casoni qui est positive.

L'ecchinococcose est dès lors prouvée, mais c'est l'intervention qui va nous donner le siège précis.

Intervention le 14 avril 1959 (Dr MOURALI).

Médiane sous ombilicale à cheval sur l'ombilic. L'exploration des organes abdominaux ne révèle aucune anomalie. Le péritoine pariétal postérieur est soulevé par une masse énorme de nature kystique. Incision du péritoine postérieur. L'aspiration ramène un liquide clair, eau de roche du liquide hydatique, en quantité importante (1,5 litre). Formolage. Ouverture de la poche et évacuation des vésicules. Formolage des parois du kyste, fermeture en 2 plans. Le kyste apparaît développé aux dépens de la masse charnue du Psoas dans sa portion lombaire et descend très bas dans la masse musculaire. Fermeture du péritoine au catgut. Paroi, catgut, nylon, nylon sur la peau. Suites opératoires normales. La malade sort le 15^e jour guérie.

Nous devons signaler que nous avons revu dans le courant du mois de février 1960 la malade à l'hôpital, à l'occasion d'un accouchement. Nous avons pratiqué un bilan général qui s'est avéré normal.

OBSERVATION II :

— Mme F... Bent S..., 28 ans, vient consulter dans le service le 26 mai 1959, pour une masse de la fosse iliaque gauche qui s'est développée progressivement depuis 3 mois, avec sensation de pesanteur et gênant les mouvements habituels.

L'examen montre une tumeur de la fosse iliaque gauche, apparente à la simple inspection, de la taille d'un pamplemousse.

À la palpation son siège est interne, paramédian. Elle est fixe.

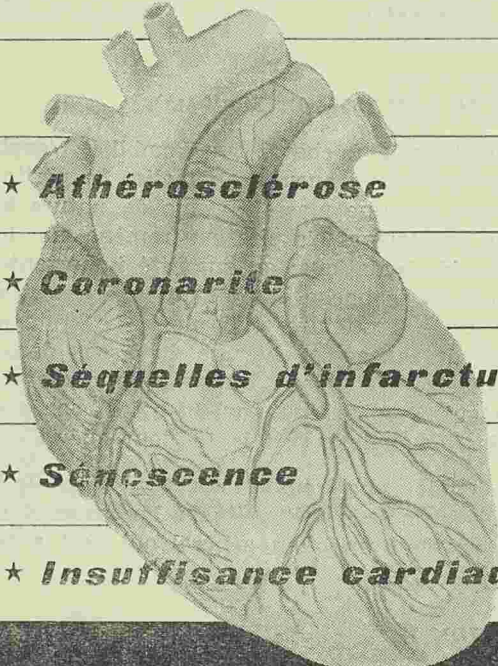
Le T. V. ne montre aucune anomalie et en particulier souligne l'indépendance de la tumeur vis-à-vis du tractus génital.

Avertis par le précédent cas, nous pensons d'emblée à un kyste hydatique du Psoas et nous dirigeons nos investigations en ce sens. La réaction de Casoni est fortement positive, avec sensation de chaleur locale intense.

On opère cette fois avec le diagnostic précis de kyste hydatique du Psoas gauche que l'intervention confirme.

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES

- 
- ★ *Athérosclérose*
 - ★ *Coronarite*
 - ★ *Séquelles d'infarctus*
 - ★ *Senescence*
 - ★ *Insuffisance cardiaque*

PYRIDOXINE 250_{mg} LABAZ

(VITAMINE B₆)

flacons de **20** et **40** comprimés

Labaz

4 RUE DE GALLIERA, PARIS 16

Intervention le 8 juin 1959 (Dr MOURALI).

Médiane sous ombilicale. L'exploration des organes abdominaux les montre normaux. Le kyste apparaît sous la forme d'une masse oblongue de la taille d'un pamplemousse soulevant le péritoine. Incision du péritoine. Aspiration du liquide hydatique. Formolage. Ouverture du kyste et évacuation d'une grosse membrane hydatique. Formolage des parois du kyste. Fermeture en 2 plans. Paroi, catgut, nylon, nylon sur la peau. Les suites sont normales, la malade sort le 15^e jour guérie. Nous ne l'avons pas revue depuis.

Il nous a paru intéressant de rapporter ces deux cas. Il est en effet curieux qu'un kyste hydatique siège sur le Psoas; nous avons consulté la littérature et à notre connaissance aucun kyste du Psoas n'a été rapporté. Nous devons reconnaître qu'à aucun moment nous n'avons pensé au siège psoatique. Si le diagnostic a été facile pour l'observation II, puisque survenant peu de temps après le 1^{er} cas, il n'en a pas été de même pour ce 1^{er} cas où, à postériori, auraient dû nous mettre sur la voie du diagnostic :

- Le siège interne dans la fosse iliaque.
- La forme oblongue de la tumeur épousant celle du muscle.
- La fixité de la masse à la profondeur.
- La psoïtis.

Nous croyons aussi, mais nous ne l'avons pas fait, qu'une graphie de l'abdomen sans préparation, serait utile, qui montrerait la déformation du Psoas du côté atteint.

colimycine

*Le plus puissant
des antibiotiques
contre les germes Gram
négatifs*

infections gastro-intestinales

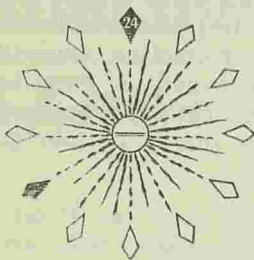
COMPRIMÉS
250.000 U. flacon de 30
P. cl. 26
1.500.000 U. flacon de 10
P. cl. 50

infections générales

AMPOULES
500.000 U.
P. cl. 5
1.000.000 U.
P. cl. 8

Laboratoire
ROGER BELLON
Neuilly - Paris





DIABINÈSE

CHLORPROPAMIDE

P. 607

Action possible après échec des autres sulfamides hypoglycémiantes :
possibilité de traiter

un plus grand nombre de diabétiques

Action hypoglycémiante forte :

possibilité de *doses faibles*
(500 mg, 250 mg, 125 mg)

Action hypoglycémiante rapide et durable :

possibilité de la
dose matinale unique

Absence d'action tératogène démontrée chez l'animal :

indication particulière chez la femme

Comprimés sécables à 0,250 g
Boîtes de 20 et 100

Remboursé S.S. à 90 %
Prix public : classes II et III

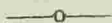


LABORATOIRES PFIZER-CLIN - 22, RUE DES FOSSÉS ST-JACQUES
PARIS-V^e - ODE 27-20

I.C.A. IMP. PARIS

Le " Cycle Glycémique " vis-à-vis de " L'Épreuve de l'Hyperglycémie provoquée " et de la " Glycémie à jeun " Son intérêt chez le diabétique, même apparemment équilibré. Mise en œuvre simplifiée par auto micro-prélèvements.

par le Dr Ch. Pérez



AVANT-PROPOS :

Il nous paraît superflu de souligner l'intérêt qu'il y a de distinguer en pratique une hyperglycémie de surcharge d'une hyperglycémie d'adaptation. La première, passagère, répond à une cause immédiate, facilement décelable; la seconde, est durable, avec certaines réserves pour les cas intermédiaires des paradiabètes.

Ces deux genres d'hyperglycémie vont se retrouver imbriqués au cours de l'étude du cycle glycémique chez les diabétiques vrais : les hyperglycémies post-prandiales qu'on détermine étant par excellence des hyperglycémies de surcharge venant s'ajouter à celles d'adaptation du malade.

La glycémie à jeun permet d'affirmer l'existence d'une hyperglycémie d'adaptation, à condition de la déterminer à plusieurs reprises dans le temps.

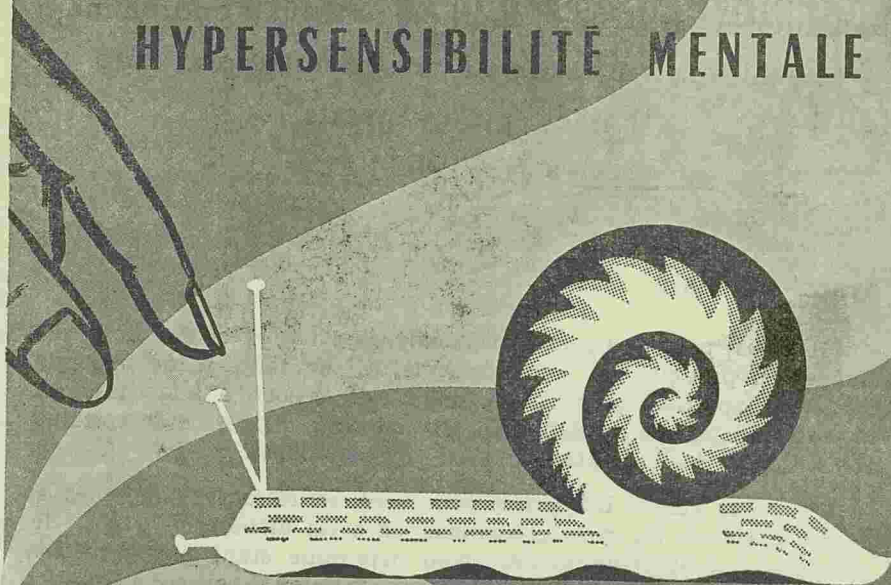
L'épreuve d'hyperglycémie provoquée permet elle aussi d'aboutir aux mêmes conclusions; elle présente en outre, l'avantage de cataloguer les cas discrets des paradiabètes (d'origines hépatique, hypophysaire, cortico-surrénalienne, nerveuse, thyroïdienne, etc...) et de prévoir l'orientation du paradiabète vers le diabète vrai par suite du surmenage du pancréas de ce type, par des sollicitations excessives.

D'autres épreuves existent pour explorer l'intégrité des mécanismes gluco-régulateurs; il nous paraît inutile de les rappeler ici. Toutes ces explorations gardent leur intérêt et nul ne conteste leur valeur de dépistage.

Mais une fois que l'étiquette de diabète vrai a été placée et le traitement mis en œuvre, peut-on dire que le diabétique est équilibré biologiquement parce que sa glycémie a été ramenée à un taux relativement normal ?

Déjà, en 1938, POLONOVSKI et WAREMBOURG n'admettaient pas ce pseudo-équilibre et proposaient la pratique de l'Indice Chromique

HYPERSENSIBILITÉ MENTALE



COVATINE

(N 68)

DÉCONTRARIANT

**REPLACE LES ÉVÈNEMENTS
DANS LEUR JUSTE PERSPECTIVE**

50 dragées à 0,05 g - Prix cl. 4

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

COIB

LABORATOIRES A. BAILLY - 6, RUE DU ROCHER - PARIS 6^e

Résiduel afin de ne pas seulement considérer la glycémie à jeun comme élément de référence durant un traitement; ils voyaient un manque de parallélisme entre la gravité du trouble glyco-régulateur et le taux de la glycémie, celui-ci mesurant bien plus l'effort compensateur de l'organisme vis-à-vis de la dysrégulation glucidique que le degré de cette dysrégulation même.

Ainsi s'expliquent les abaissements paradoxaux de la glycémie à la veille d'un coma diabétique, ainsi s'expliquent les malaises des hypoglycémies relatives d'un diabétique ayant habituellement une glycémie d'adaptation à 3 grs et qu'on ramène trop brutalement à 1,50 gr ou moins.

L'idéal serait, bien sûr, de surveiller la glycémie d'un diabétique vrai de façon continuelle pour connaître la courbe des oscillations quotidiennes dues aux apports en hydrate de carbone des repas, aux fatigues, aux Stress de la journée et interférences des autres glandes de l'organisme.

De nombreux diabétologues pratiquent de plus en plus le cycle glycémique qui est une connaissance simplifiée de la précédente étude, étant entendu que le seul dosage de la glycémie à jeun ne suffit pas toujours à équilibrer valablement un diabétique et à lui éviter certains malaises d'hyper ou d'hypoglycémie existant parallèlement à un équilibre apparent (glycémie normale ou satisfaisante du matin à jeun).

PRINCIPE DU CYCLE GLYCEMIQUE :

En milieu hospitalier on pourrait faire effectuer 6 à 8 glycémies dont 2 la nuit, ce qui donne suffisamment de points de repère pour établir une courbe complète des taux de glycémies du nycthémère.

En pratique médicale l'essentiel des renseignements peut être obtenu en faisant doser la glycémie 4 fois dans la journée et c'est ce que nous faisons généralement :

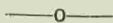
- 1^{re} glycémie vers 8 h.
- 2^e glycémie vers 12 h.
- 3^e glycémie vers 15 h. (1 h. après le déjeuner).
- 4^e glycémie vers 18 h.

Les oscillations quotidiennes du taux de glucose sont ainsi saisies et permettent de construire la courbe des oscillations glycémiques. Lorsqu'elle est régulière et au voisinage de la normale (c'est-à-dire pas d'effet Staub trop marqué), cette courbe indique un résultat thérapeutique satisfaisant et signifie que la surveillance antérieure par la seule glycémie à jeun était valable.

Par contre, lorsque de fortes oscillations existent dans le sens de l'hypoglycémie ou dans celui de l'hyperglycémie, le malade n'est pas équilibré, ou si c'est seulement la glycémie à jeun qui est normale,

TABLETTES CAVED - (S)

au Sue de Réglisse déglycyrrhizinisé



TRAITEMENT DES GASTRITES, GASTRITES SURAJOUTEES,
GASTRITES MEDICAMENTEUSES.

PROTECTION DE LA MUQUEUSE GASTRIQUE
CONTRE LES INCIDENTS DIGESTIFS
PROVOQUES PAR LES ANTI-INFLAMMATOIRES

Laboratoires de l'AMBRINE : 22, Rue Perceval, Paris-14^e

TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Avenue de Londres — TUNIS

CALMOCARDINE

ERGOTAMINE

Dragées

Sulfate de Quinidine — Phénobarbital
Extraits végétaux associés à la
Papaverine et à l'Ergotamine

ALGIES

**ET DYSTONIES CARDIAQUES
MIGRAINES**

REMBOURSÉ PAR LA SECURITÉ SOCIALE

PRIX CL. 5

LABORATOIRES **NOVALIS** LYON-OULLINS

le diabétique n'est qu'apparemment équilibré, et risque des accidents fâcheux si son régime et sa thérapeutique ne sont pas corrigés de suite.

L'intérêt du « Cycle glycémique » se révèle grand lorsqu'on explore des diabétiques dont la glycémie à jeun a été ramenée à la normale, mais qui ont un régime trop copieux ou qui reçoivent une insuline-retard à action trop tardive.

Il en est de même pour les diabétiques traités par les hypoglycémiantes per os : chez ces malades la glycémie la plus basse de la journée est toujours celle du réveil après une nuit de jeûne, et la glycémie post-prandiale est une des plus élevées, comme nous allons le voir par la suite.

Donc une fois encore, la glycémie à jeun seule ne suffit pas à saisir les variations importantes du métabolisme glucidique, il est indispensable de connaître le taux maximum de la glycémie au cours de la journée, qui est aussi important que le taux minimum obtenu le matin à jeun, si on veut déceler l'origine des malaises d'hypo ou d'hyperglycémie.

TYPES DE « CYCLES GLYCEMIQUES » :

Quelques types d'observations vont mieux montrer l'intérêt de l'étude du cycle glycémique :

Obs. N° 1. — M. Att... (Dr Emile SAMAMA).

Diabétique de longue date, ayant une légère albuminurie et ne suivant pas de régime sévère. Il absorbait 1 comprimé de Glucidoral le soir. Son cycle glycémique s'est révélé nettement anormal.

A jeun : Glycémie 1,73 gr $\frac{0}{100}$.

A 11 h. (après petit déjeuner) : Glycémie 2,50 gr $\frac{0}{100}$.

A 14 h. (soit 1 heure après déjeuner) : Glycémie 2,0 gr $\frac{0}{100}$.

A 18 h. : Glycémie 2,66 gr $\frac{0}{100}$.

Nous voyons dans cette observation, que la thérapeutique par les hypoglycémiantes, per os, a bien fourni le matin à jeun la glycémie la plus basse. Les taux plus élevés correspondant à ceux d'après les repas.

La 3^e glycémie paraît surprendre, mais ce diabétique est gros mangeur de pain et on sait que le catabolisme de ce dernier en glucose est très lent et l'effet sur la glycémie ne se manifestera donc que tardivement. Les oscillations vers l'hyperglycémie sont importantes et ont entraîné une révision du régime et une augmentation de la thérapeutique, chose qui n'aurait pas été envisagée sans la pratique du

Cycle glycémique. Le problème se posait même, de revenir à l'insuline.

Obs. N° 2. — Mme Say... (Dr A. SAFFAR).

Diabétique ancienne dont le taux du sucre sanguin s'était aggravé quelques mois auparavant à la suite d'un Stress émotionnel en Algérie. Rétablie elle se surveillait que de temps à autre et doutait de son taux élevé trouvé en Algérie et prétendait même, qu'elle était débarrassé de son hyperglycémie.

Cycle glycémique :

A jeun : Glycémie 1,25 gr $\frac{0}{100}$.

A 11 h. : Glycémie 1,25 gr $\frac{0}{100}$.

A 15 h. (après déjeuner) : Glycémie 1,25 gr $\frac{0}{100}$

A 18 h. : Glycémie 1,73 gr $\frac{0}{100}$.

La richesse du pain en hydrates de carbone « retard » explique là aussi la 4^e glycémie, qui montre mieux que la glycémie à jeun seule, que cette diabétique a bien un déséquilibre de ses fonctions régulatrices des hydrates de carbone et que l'effet Staub s'est manifesté comme pour les diabétiques. D'ailleurs, six mois après cette étude, nous avons eu l'occasion de déterminer sa glycémie à jeun, parce que son état général redevenait mauvais, le taux à jeun trouvé était de 1,80 gr $\frac{0}{100}$ et elle urinait plusieurs litres par jour. Elle s'est installée dans un diabète vrai.

Obs. N° 3. — M. Tui... (Dr A. NAHUM).

Diabétique prenant du Glucydoral. L'étude du Cycle glycémique a donné :

A jeun : Glycémie 1,40 gr $\frac{0}{100}$.

A 11 h. : Glycémie 1,33 gr $\frac{0}{100}$.

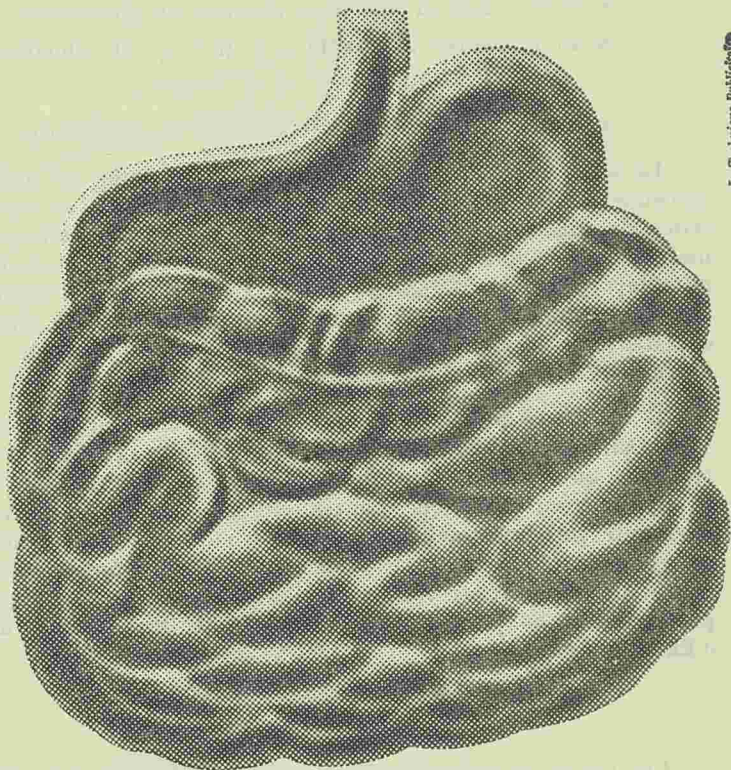
A 15 h. (après déjeuner et 1/2 comprimé Glucydoral) : 1,33 $\frac{0}{100}$

A 18 h. : Glycémie 1,33 $\frac{0}{100}$.

Ce malade est parfaitement bien réglé et son médecin pense même alléger son régime et diminuer son traitement.

Obs. N° 4. — M. Tub... (Dr DUBOS).

Diabétique récent ayant présenté des glycémies à jeun élevées et très variables avant l'instauration d'un régime assez strict. Ce malade surveillait avec trop d'attention sa glucosurie et ne voulait pas croire le taux de 1,70 gr de la glycémie à jeun trouvé par un confrère de l'intérieur.



La Technique Publicitaire

ENTEROSPASMYL

1 nouveau
granulé (sans mucilage)

2 classiques
mucilagineux
mucilagineux SRB

= 3 formes

EM P. cl. S - Z - AS
EMub a 7 - AS et AMG
E. gran a 4 AS

Cycle glycémique :

A jeun : 1,65 gr $\frac{0}{100}$ avec absence de glucosurie.

A 11 h. : 2,50 gr $\frac{0}{100}$ avec absence de glucosurie.

A 15 h. (après déjeuner) : 2 gr $\frac{0}{100}$ et glucosurie de 2,50 gr $\frac{0}{100}$.

A 18 h. : 1,75 gr $\frac{0}{100}$ avec absence de glucosurie.

Là aussi la courbe glycémique aide à montrer les moments où la glycémie est la plus élevée. Il est à remarquer dans ce cas que la présence de glucosurie n'est pas parallèle à la flèche d'hyperglycémie : malgré l'absence de glucosurie la glycémie de ce malade est assez notable; chez certains sujets traités aux sulfamides hypoglycémiantes, en effet, il ne sert à rien de compter sur la présence de glucosurie pour dépister une glycémie maximum, car les hypoglycémiantes de synthèse entraînent une élévation du seuil rénal du glucose.

Il n'est pas inutile de remarquer chez ce malade que l'effet Staub s'est manifesté. Si on veut bien se rappeler que l'épreuve d'Exton montre bien, qu'à partir d'une deuxième ingestion d'hydrates de carbone, la glycémie du diabétique, contrairement à celle de l'individu normal, augmente proportionnellement, et à la suite de chaque nouvel apport de glucides. Tous les types d'exemples décrits présentent cette propriété de l'effet Staub : un nouvel avantage du Cycle glycémique apparaît, celui de posséder en même temps les qualités de l'épreuve d'Exton.

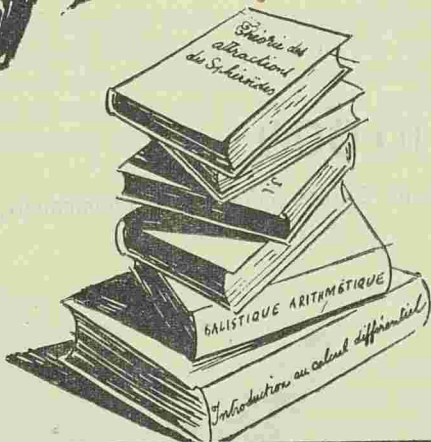
MISE EN ŒUVRE SIMPLIFIÉE :

Ces cycles glycémiques, pour certains individus, sont quand même un peu difficiles à réaliser en pratique (obligation du diabétique de se rendre 4 fois dans la journée au laboratoire et de cesser momentanément ses occupations). D'aucuns ont proposé de pratiquer de temps en temps la glycémie post-prandiale, 1 heure après le déjeuner de midi par exemple. Certains praticiens préfèrent faire effectuer les 4 prélèvements du cycle glycémique à raison d'un toutes les 4 heures. Cette manière de procéder est malheureusement peu pratique, et risque de déclencher davantage une série de glycémies post-prandiales, à caractère identique, que les oscillations très diverses des 4 glycémies du cycle glycémique habituel.

Les exemples présentés montrent que ces manières de voir, bien que valables, laissent échapper des taux de glycémies du plus haut intérêt pour le médecin traitant.

Aussi avons-nous pensé faciliter la mise en œuvre de la courbe glycémique sans obliger les malades à venir plusieurs fois au laboratoire ou à être piqués à la veine aussi souvent.

" REND TOUT EFFORT FACILE "



**NÉVROSTHÉNINE
- GLYCOCOLLE
FREYSSINGE**

boîte de 10 ampoules
coffret de 20 ampoules



LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL - PARIS (12^e)

ampoules buvables

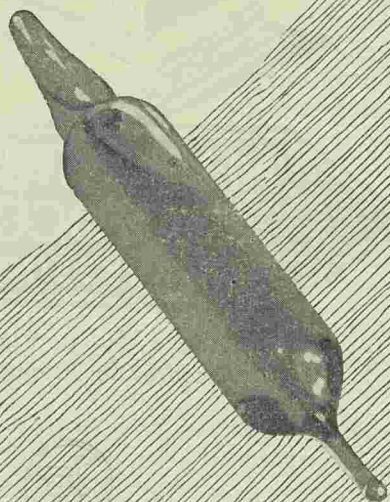
HAMARUTYL

vitamine **P** : 10.000 gammas

associée à la vitamine C, au Citrate sodique et à l'hamamelis.

altérations veineuses

fragilité capillaire



On remet au diabétique, à examiner, 5 tubes montés contenant : du fluorure de sodium, oxalate de potassium en quantité déterminée pour un certain nombre de gouttes de sang (2 mgr pour 4 à 5 gouttes de sang), une baguette de verre pour agiter et un vaccynostyle stérile.

Le malade, après désinfection et anesthésie légère du doigt à l'éther sulfurique, se piquera lui-même (en général, ces sujets diabétiques ne sont pas pusillanimes : ne s'injectent-ils pas souvent eux-mêmes leur insuline) et laissera sourdre quelques gouttes de sang qu'il agitera dès contact, avec la poudre anti-glycolytique contenue dans le tube et mettra de côté ce premier tube numéroté, de préférence au froid. Le malade pourra même faire un prélèvement durant la nuit. Ceux de la journée pourront être faits à des heures précises sans perdre au maximum plus d'une à deux minutes et sans changer en rien à son régime, à ses habitudes, à ses heures de repas, et naturellement, à la thérapeutique auquel il est habituellement soumis. A la fin de la journée il remet au laboratoire ces 5 tubes aux fins d'analyses par micro-dosages.

Nous utilisons en effet pour notre part l'ultra micro-technique dérivée de la méthode de Folin que nous avons mis au point et publiée il y a quelques années et qui a l'avantage de nécessiter que 0,08 cc de sang, soit une goutte et demie et qui a subi sans faillir l'épreuve du temps et de très nombreuses confrontations.

CONCLUSION

La « glycémie à jeun » garde tous ces droits pour surveiller l'hyperglycémie, en général minima d'un diabète vrai.

« L'épreuve d'hyperglycémie provoquée » garde aussi tous ses droits pour déceler un trouble discret du métabolisme des hydrates de carbone, pour distinguer un vrai diabète d'un prédiabète et l'acheminement éventuel de celui-ci vers le diabète pancréatique.

L'épreuve du « Cycle glycémique » s'avère indispensable chez le diabétique vrai, même apparemment équilibré, pour révéler des oscillations glycémiques d'une amplitude insoupçonnable.

Elle est à la glycémie à jeun ce que la tomographie est à la radiographie.

Le « Cycle glycémique » doit en tous cas, tôt ou tard, être pratiqué au moins une fois chez tout individu diabétique si on veut prévenir certains maux ou troubles, d'hypo ou d'hyperglycémies.

Sa mise en œuvre étant simplifiée grâce aux micro-dosages et micro-prélèvements faits au doigt et en particulier si le patient décide d'effectuer lui-même ses micro-prélèvements.

CHATEL - GUYON

SAISON DU 10 MAI AU 30 SEPTEMBRE

AUVERGNE (Puy-de-Dôme) — Altitude 400 m.
400 km. de PARIS

Voitures directes — Express thermaux — PARIS et MARSEILLE

Aéroport CLERMONT — AULNAT

CHATEL-GUYON possède les eaux les plus riches du monde en chlorure de magnésium assimilable.

CHATEL-GUYON s'adresse aux affections de l'intestin, constipation, colïtes, dysenteries, diarrhées, séquelles d'appendicite

La cure de **CHATEL-GUYON** est particulièrement active contre les troubles intestinaux des enfants à tous les âges. Elle s'oppose à l'anaphylaxie et améliore l'état général.

CHATEL-GUYON combat la colibacillose en empêchant la stase et les fermentations intestinales, en cicatrisant les muqueuses et en supprimant les foyers de résorption.

CHATEL-GUYON est cholagogue, corrige l'insuffisance hépatique et la stase vésiculaire.

CHATEL-GUYON est la station idéale de l'amibiase et des entérocolïtes coloniales.

CHATEL-GUYON combat l'embonpoint.

CHATEL-GUYON toujours à l'avant-garde du progrès, ne cesse de moderniser et de perfectionner ses établissements et leur équipement. Il s'est ainsi placé au premier rang du thermalisme mondial.

Ses installations complémentaires nouvelles permettent de traiter avec succès : les troubles rhinopharyngés, la cellulite et de donner avec une efficacité indiscutable les soins gynécologiques. Tous traitements électriques, etc...

A domicile boire **CHATEL-GUYON** « Gubler », eau de cure;

CHATEL-GUYON « Légère », eau de table.

Renseignements :

SOCIETE DES EAUX MINERALES ET DES ETABLISSEMENTS

THERMAUX « GRANDS THERMES » — CHATEL-GUYON

Aménorrhée primaire et épistaxis ayant cédé à une exploratrice

par le Dr M. MAZOUN

Cette communication nous a semblé intéressante à rapporter tant par son côté psychique que par son résultat thérapeutique pour le moins inespéré.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, Mlle M... F..., originaire des îles Kerkennah, qui était hospitalisée dans notre service pour une aménorrhée primaire.

Antécédents familiaux : père et mère vivants et bien portants; 5 frères et 1 sœur, tous mariés et ayant une nombreuse progéniture.

Antécédents personnels : en dehors des maladies de l'enfance, la malade nous apprend qu'elle a été opérée de l'appendicite à froid il y a 3 ans et qu'elle vient à peine de cicatriser un abcès du sein gauche fistulisé datant de 1956 et opéré à plusieurs reprises et qui a motivé son changement de résidence des îles Kerkennah à Sfax.

L'interrogatoire révélant qu'elle avait une aménorrhée primaire, mais qu'elle faisait des épistaxis cataméniaux à répétitions et l'examen parthénologique ne montrant aucune anomalie génitale décelable, nous commençons par l'adresser à notre confrère O.R.L., la malade faisant un épistaxis grave, sous nos yeux, au cours même de l'examen.

C'est alors que le Dr FOURATI nous révéla que cette malade est fort bien connue de lui, puisqu'elle a été hospitalisée dans son service.

La première hospitalisation remonte en effet à janvier 1957.

L'examen local O.R.L. révélant une tache vasculaire au niveau de la cloison, à droite, une galvanocautérisation fut pratiquée. Après quoi, la malade guérie, quitta le service.

Réadmise en urgence par l'interne de garde, quelque temps après, notre confrère lui refit une autre cautérisation.

Cette comédie se répéta plusieurs fois de suite, à quelques semaines d'intervalle, jusqu'au jour où le Dr FOURATI constata la trace d'un ongle au niveau de la cloison. Il demanda alors à ses infirmiers de surveiller la malade de très près et c'est là qu'il acquit la certitude que c'est elle-même qui provoquait son épistaxis par grattage.

Excédé et pensant qu'il s'agit là d'une hystérique qui relève plutôt

ACIDE LACTIQUE : ACIDE PHYSIOLOGIQUE DE LA PEAU

Lactacidifiez

la peau

PARVULGÉE

Lactacyd

Lactacyd liquide

Lactacyd pain

Lactacyd pH. 5,2

Lactacyd pH. 3

Lactacyd soufré

Larril

13, RUE PÉCLET PARIS. 15°

de la psychiatrie, il renvoya la malade de son service.

Nous apprenons par la suite que notre confrère n'était pas le seul à bénéficier de ce monopole et que la malade faisait ainsi le tour de l'hôpital, renvoyée de service en service. C'est ainsi qu'elle échoua dans notre service, admise bien avant notre prise de fonction.

Après les révélations de notre confrère, notre attention fut attirée par le côté psychique de cette malade.

En effet, dès le premier abord, nous pressentons son déséquilibre instinctivo affectif.

Déjà son attitude attire l'attention : aspect anxieux, crispé, contracté; elle s'exprime avec difficulté, rougit sans cesse, se tortille sans arrêt.

Elle est préoccupée par l'absence de ses règles et par les conséquences qu'elle entrevoit et qu'elle redoute; elle a peur que son aménorrhée ne soit la cause d'affections ultérieurement graves et surtout elle est dépitée de ne pas être comme les autres femmes.

Très rapidement d'ailleurs, elle dévoile son jeu et son agressivité; elle a déjà vu tous les médecins; elle a suivi tous les traitements; elle sait, nous dit-elle, qu'elle ne serait guérie que par l'intervention, comme le lui a certifié un médecin de la ville.

Son discours est entre-coupé des crises de larmes et de fous rires.

Elle oppose des difficultés théâtrales à l'examen.

Nous essayâmes de l'amadouer, de la mettre en confiance, de la faire parler, surtout dans l'espoir de retrouver dans son enfance une situation affective traumatisante ou des conflits anciens.

Et c'est ainsi que nous sûmes qu'un peu avant sa puberté, elle a appris par une camarade l'existence de la menstruation dont elle lui brossa alors un tableau effrayant : de sang qui coule, à flots, survenant dans d'atroces douleurs et pouvant même entraîner la mort...

Les premiers épistaxis apparurent peu après, vers l'âge de 12 ans, s'accompagnant de ballonnement abdominal, de gonflement des seins, de céphalés, etc... Ils survenaient tous les mois et duraient 4 à 5 jours.

Nous apprenons surtout que tout essai de thérapeutique hormonale de son aménorrhée s'est toujours soldé par un épistaxis grave qui la renforçait dans son refus d'accepter tout traitement.

Un essai de psychothérapie simple, de bon sens peut-on dire, en essayant de faire comprendre à la malade le lien unissant son aménorrhée, ses épistaxis et le traumatisme psychique dû au récit de sa camarade d'enfance se heurta à l'obstination de la malade qui ne croit plus qu'à la vertu de l'intervention.

Peut-être notre incompétence psychiatrique y est-elle pour beaucoup. En tous cas nous renvoyons la malade en essayant de la persuader d'accepter notre traitement qui sera « peut-être un peu long, mais qui aura, avec un peu de chance, de l'effet », lui assurons-nous.

A cet effet nous lui avons prescrit les hormones gonadotropes qui semblaient plus logiques que les hormones ovariennes et qui du reste ont été largement et inefficacement prescrits avant nous : Gonadotrophine sérique à la dose de 2 ampoules de 5.000 unités à 5 jours d'intervalle suivies à 5 jours de Gonadotrophine chorionique à 5.000 unités également tous les 4 jours, 6 fois en tout. Les résultats furent catastrophiques.

Avant même la fin de ce traitement la malade nous revient en urgence, en pleine épistaxis, au milieu d'un concert de hurlements et de lamentations et réclamant à forts cris l'intervention salvatrice.

Nous ne nous avouâmes pas battus pour autant et nous essayâmes alors le traitement d'action purement vasculaire.

A cet effet nous prescrivîmes de la Prostigmine à raison de 2 ampoules par jour, pendant 3 jours, puis des infiltrations du sympathique lombaire, et enfin, des infiltrations du plexus hypogastrique inférieur. Aucun résultat n'ayant été obtenu par ces thérapeutiques, nous convînmes avec le Dr FOURATI, de l'explorer.

En effet certains auteurs, COTTE en particulier, estiment qu'en dernier ressort, lorsque toutes les thérapeutiques médicales ont échoué, on peut être amené à intervenir pour vérifier l'état du tractus génital et on a vu que l'ablation d'un appendice malade, d'un kyste de l'ovaire méconnu, la cure d'un utérus retroversé ont pu faire apparaître la menstruation.

Nous intervînmes donc en médiane sous ombilicale, mais à l'exploration nous nous sommes trouvés devant une anatomie du petit bassin parfaitement normale. Nous n'étions pas fiers d'avoir opéré cette malade pour rien, quand au 4^e jour, à notre grande surprise, nous apprîmes que la malade a vu sa première menstruation dans une explosion de joie.

Les règles, faites de sang incoagulable, ont duré 4 jours et n'ont déterminé qu'une légère douleur. Depuis 6 mois maintenant, la malade est parfaitement bien réglée tous les mois, et ses épistaxis ont complètement disparus.



REVUE DE PRESSE.**L'EPREUVE DU REPAS GRAS**

par le Dr BEN NACEUR

Les auteurs se sont adressés à une consultation de médecine générale, ont retenu 70 observations qui furent classées cliniquement en 4 groupes :

- Les athéroscléreux certains (infarctus du myocarde, angine de poitrine, etc...).
- Les athéroscléreux probables (âgés de plus de 50 ans, présentant une affection athérogène : H.T.A., diabète, myxœdème).
- Les athéroscléreux possibles (âgés de plus de 50 ans).
- Les indemnes d'athérosclérose clinique et biologique (sujets de moins de 30 ans).

Un repas gras (50 grammes de beurre) a été administré à ces 70 sujets.

Après ce repas furent étudiés :

- la cholestérolémie, l'indice de Kunkel;
- le taux des B-lipoprotéines, l'indice de turbidité plasmatique (c'est-à-dire sa richesse en chylonicrons);
- le lipido-gramme (3 courbes furent établies : avant l'épreuve, 2 h. et 6 h. après le repas.

La comparaison de ces trois courbes ont permis d'étudier la rapidité d'épuration du plasma B-lipoprotéines totales et des B-lipoprotéines lentes.

Ainsi furent étudiées, presque toutes les réactions susceptibles de permettre un diagnostic biologique de l'athérosclérose.

D'après les auteurs, la réaction la plus fidèle pour le diagnostic biologique de l'athérosclérose est le retard à l'épuration des B-lipoprotéines lentes :

En effet :

- Ce retard à l'épuration des B-lipoprotéines lentes est retrouvé dans 91 % des cas des athéroscléroses certaines, dans 73 % des cas des scléreux probables, dans 35 % des cas des scléreux possibles.
- D'autres épreuves biologiques furent retrouvées, avec une fréquence comparable (en particulier l'indice de turbidité plasmatique et le retard à l'épuration des B-lipoprotéines totales).
- Mais le retard à l'épuration des B-lipoprotéines lentes est la seule épreuve qui fut retrouvée constamment absente chez les non scléreux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AFRIQUE NOIRE DE LANGUE FRANÇAISE

(SEANCE DU 13 JUIN 1960)

— **Cirrhose de Cruveilhier Baumgarten au cours d'une authentique maladie de Banti**, par A. CARAYON, J. F. BLANC et B. DENJEAN.

— **Vaste dysembryome pseudo-actinomycosique des fesses traité par exérèse suivie de greffes cutanées**, par H. BÈZES, A. BASSET, R. CAMAIN et Mme BASSET.

Des suppurations de la région fessière, d'allure actinomycosique, peuvent être l'expression de dysembryomes.

Leur existence mérite d'être connue, car ces suppurations ne cèdent pas aux traitements médicaux et relèvent uniquement de l'exérèse chirurgicale.

— **Corps étranger bronchique migrateur : Traitement chirurgical et endoscopique**, par H. BÈZES, J. REYNAUD et Mlle MAHAUT.

Les auteurs rapportent l'observation d'un bouchon de matière plastique inclus dans la bronche souche gauche d'une fillette de 9 ans. Après échec de 2 tentatives d'extraction par bronchoscopie, thoracotomie gauche en vue bronchotomie. Au cours de la dissection bronchique, le bouchon file dans la trachée, puis dans la bronche souche droite, d'où il est finalement extrait par bronchoscopie, au terme de l'intervention chirurgicale.

— **Cancer de la vulve. Etat actuel**, par X. SÉRAFINO, H. TOSSOU, D. BADARA et A. DIOP.

Les auteurs présentent une malade qui a subi une vulvectomie avec un double curage ganglionnaire inguino-iliaque pour cancer très avancé de la vulve. La mauvaise réputation de ce cancer est bien établie; c'est donc le résultat inespéré obtenu qui semble mériter l'attention.

— **Allergie nodulaire lépreuse**, par A. BASSET, P. PÈNE, R. CAMAIN et A. M. SOW.

— **A propos de l'hystéro-salpingographie comme moyen de diagnostic de la grossesse extra-utérine**, par H. M. L. SOHIER.

L'auteur rapporte une observation de grossesse extra-utérine, variété ampulaire droite, ainsi que l'ont montré les constatations opératoires. Le diagnostic, qui était délicat, voulait être complété par une hystéro-salpingographie; celle-ci s'est montrée strictement normale. Fort heureusement le diagnostic a pu être redressé, ce qui a évité une catastrophe, la malade insistant pour prendre l'avion.

Il semble donc que l'hystéro-salpingographie ne doit être considérée que comme un élément de diagnostic et que, de cette manœuvre, on ne peut tirer de conclusion absolue.

— **A propos de 200 cas d'ictère au cours de la grossesse en milieu africain. Considérations épidémiologiques et statistiques**, par M. PAYET, P. PÈNE, R. CAMAIN, M. SANKALÉ, M. MOULANIER et P. CORRÉA.

TRAITEMENT EN PROFONDEUR DES ÉPIDERMOPHYTIES

TOLÉRANCE PARFAITE

DÉTRISOL

ANTIFONGIQUE POLYVALENT

EMPLOI FACILE

ODEUR AGRÉABLE

MYCOSES DU PIED (athlete's foot)
MYCOSES DES ONGLES ET DES ESPACES
INTERDIGITAUX

MYCOSES DES PLIS (eczéma marginé de Hèbra,
érythrasma)

ÉPIDERMOMYCOSES ECZÉMATISÉES ET
INFECTÉES

Après nettoyage journalier à l'alcool,
application biquotidienne par friction jusqu'à
pénétration complète.

Traitement à poursuivre deux semaines
après guérison apparente.

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

HARVEY &

31, RUE DE LISBONNE - PARIS-8^e

8, Passage de la Monnaie - TUNIS
TUNISIE - Agence Pharmaceutique Française

Les auteurs, à l'occasion d'une statistique de 200 cas d'ictère au cours de la grossesse en milieu africain, précisent qu'il s'est agi d'hépatite ictérogène à virus pour des raisons cliniques et anatomiques.

Après une étude épidémiologique, l'incidence de l'hypatite ictérogène est précisée : 0,41 % pour un total de 47.962 accouchements. Il s'agissait de femmes jeunes dont l'ictère est survenu au cours du troisième trimestre de la grossesse dans 84 % des cas.

La mortalité chez les femmes gravides a été de 24 % et 91 grossesses ont abouti, soit à l'expulsion d'un enfant mort-né ou macéré, soit à la naissance d'un enfant vivant décédé dans les heures ou premiers jours qui ont suivi la naissance.

— **La participation de la gémellité à la mortalité péri-natale**, par R. LE CANNELIER, P. BOURGOIN et P. VANIER-LECLÈRE.

Il nous apparaît que 13 % des enfants frappés par la mortalité péri-natale sont issus de gestations gémellaires. En fonction du poids, les prématurés de moins de 2.000 g sont trois fois plus nombreux que ceux d'un poids supérieur à 2.000 g. Les écarts de poids, quand les deux jumeaux sont touchés peuvent être faibles (80 % + 200 g), ils sont parfois importants, pouvant aller jusqu'à 1.000 g. 78 fois un des jumeaux meurt et le second est atteint dans 75 % des cas. 272 cas de décès sont ceux des deux jumeaux. 70 % d'entre eux sont des prématurés. 13 % de la mortalité semble être beaucoup, mais il faut tenir compte du fait que la grossesse gémellaire est deux fois plus fréquente à la Maternité de Dakar que dans les Maternités parisiennes.

— **Note sur l'emploi de biscuits riches en protéines dans les écoles**, par J. SÉNÉCAL, L. AUBRY, H. DUPIN et J. P. MOREIGNE.

Ces biscuits, constitués de produits locaux (mil, tourteau d'arachide, poisson), sont bien acceptés et tolérés. Leur distribution est aisée. Etude statistique de leur efficacité appréciée par comparaison avec un groupe témoin.

— **Ostéomes fronto-éthmoïdaux récidives**, par J. REYNAUD, A. CARAYON et J. BEL.

— **Quatre cas de cholestéatomes fronto-orbitaires ou intracrâniens à retentissement oculaire**, par A. CAYRAYON, M. AOUCHICHE, J. HEYRAUD et LY BOUBACAR.

On retrouve peu de cholestéatomes dans la littérature neuro-chirurgicale. Les auteurs en rapportent quatre cas, dont trois basi-crâniens et intra-cérébral. Trois de ces cas se sont manifestés par une exophtalmie uni-latérale progressive.

— **Syndromes myopathiques tardifs non familiaux. A propos de deux cas chez les femmes africaines**, par H. COLLOMB, Cl. RICHIR, M. DIOP et M. DUMAS.

Observations de 2 malades à peu près comparables chez lesquelles s'installe une atrophie musculaire progressive des racines des membres et des ceintures scapulaire et pelvienne.

Les circonstances étiologiques (âge tardif, caractère non familial), l'évolution clinique, l'examen histologique, évoquent les polymyosites pseudo-myopathiques, sans qu'il soit possible de préciser s'il s'agit de forme parenchymateuse ou de forme interstitielle, selon la classification de Diogo FURTADO.

— Adéno-lymphite mésentérique et invagination intestinale aiguë chez l'adulte, par V. MAWUPE-VOVOR et F. CABANNE.

— La ration alimentaire du Casamançais transplanté à Dakar, par M. PAYET, M. SANKALÉ et T. N'DOYE.

L'étude des rations alimentaires du Diola transplanté à Dakar montre que son régime est à la frontière des régimes béribérigènes. Des facteurs étiologiques particuliers (grossesse, éthylisme, affections intercurrentes telles que l'ankylostomiase) peuvent être des facteurs de révélation.

Mais l'enquête effectuée dans un village-témoin en Casamance a porté précisément sur un village (Badiana), qui a un régime franchement béribérigène. Aussi sommes-nous obligés de croire qu'il existe également en Casamance, bien que méconnus, des foyers de béribéri endémique, contrairement à l'opinion officiellement admise.

— Quelques images filmées sur les mycétomes, par H. BÈZES.

L'auteur possède 70 observations de mycétomes recueillies à Dakar entre 1955 et 1960. Il présente un film montrant successivement les aspects cliniques de ces curieuses lésions, principale étiologie actuelle des « mycoses osseuses » en pays d'Outre-Mer.

Adultes

3 à 5 cuillerées
à café par 24 h

SIROP

Bébés - Enfants

1 à 3 cuillerées
par 24 h selon âge

ANTI-HISTAMINIQUE DE SYNTHÈSE

MÉRÉPRINE

P. Cl 3

A ACTION SEDATIVE DOUCE

DE GOUT TRÈS AGREABLE

LABORATOIRES TORAUDE — PARIS-V°

TUNISIE — SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS

CALENDRIER DES SEMAIN

30 Septembre -

(voir programme dét

DATE	HEURE	LIEU	SUJET
Vendredi 30 septembre	9 h. à 18 h.	Salpêtrière	Journée Nationale de Rééducation.
Vendredi 30 septembre et Samedi 1^{er} octobre	15 h. à 17 h. 15 h. à 16 h.	Salpêtrière	Enseignement Supérieur des Infirmières.
Samedi 1^{er} octobre au Lundi 3 octobre	De 9 h. 15 à 12 h. et de 14 h. à 17 h.	Hôp. Bichat 170, Bd Ney	Journées d'Endocrinologie et de Nutrition de l'Hôpital Bichat.
Dimanche 2 octobre au Dimanche 9 octobre	Matin et Soir	Salpêtrière	ENTRETIENS DE BICHAT 1960
Dimanche 2 octobre	9 h. à 13 h. 15 h. 30 17 h. 21 h.	Salpêtrière Salpêtrière Egli. St-Louis Salpêtrière Salpêtrière	Assises Nationales de Médecine et Journée Médico-Militaire. (Concert donné par l'orchestre symphonique de la Garde Républicaine. Inauguration de l'Exposition « III ^e Centenaire de Saint Vincent de Paul »). Entretiens de Bichat : Stomatologie (1^{re} série).
Lundi 3 octobre	De 8 h. à 20 h. 14 h. 30 à 17 h. 50 20 h. à 23 h.	Salpêtrière Salpêtrière Salpêtrière	Entretiens de Bichat. Conférences, Films, Télévision. Entretiens de Médecine interne. Films.
Mardi 4 octobre au Vendredi	9 h. à 12 h. 30 et de 15 h. à 19 h.	Ancienne Faculté de Médecine Paris	Journées Médicales Latines.
Mardi 4 octobre	8 h. à 20 h. 9 h. à 13 h. 15 h. à 19 h. 20 h. à 23 h.	Salpêtrière Salpêtrière Salpêtrière Salpêtrière	Entretiens de Bichat. Conférences, Films, Télévision. Entretiens de Biologie médicale. Festival du film biologique. Films.

ES MÉDICALES DE PARIS

14 Octobre 1960

(aillé pages suivantes)

DATE	HEURE	LIEU	SUJET
Mercredi 5 octobre	8 h. à 20h.	Salpêtrière	Entretiens de Bichat. Conférences, Films, Télévision.
	9 h. à 10 h. 50	Salpêtrière	Entretiens de Pédiatrie.
	15 h. 30 à 17 h.	Salpêtrière	Association de médecine rurale.
	17 h. à 18 h.	Salpêtrière	Confédération des syndicats médicaux.
	18 h. à 19 h.	Salpêtrière	Conseil national de l'Ordre des Médecins.
	21 h. à 23 h.	Salpêtrière	Comité national de l'Enfance.
	21 h. à 23 h.	Salpêtrière	Entretiens de Bichat : Stomatologie.
Jeudi 6 octobre	8 h. à 20 h.	Salpêtrière	Entretiens de Bichat. Conférences, Films, Télévision.
	9 h. à 12 h. 40	Salpêtrière	Entretiens de Biologie médicale.
	18 h. 40 à 20 h.	Salpêtrière	Entretiens de Psychologie médicale.
	20 h. à 23 h.	Salpêtrière	Film.
Vendredi 7 octobre	8 h. à 20 h. 20 h. à 23 h.	Salpêtrière	ENTRETIENS DE THERAPEUTIQUE Films.
Samedi 8 octobre	8 h. à 20 h.	Salpêtrière Salpêtrière	Entretiens de Bichat. Conférences, Films, Télévision.
	14 h. à 23 h.	Hôtel Dieu Amphit. Dupuytren	Festival du Film médical et chirurgical. Journée de Diététique.
	9 h. à 12 h.		
	14 h. 30 à 16 h. 30		
Samedi 8 octobre au Lundi 10 octobre	9 h. à 18 h.	Hôp. Bichat	Journées de Pneumologie de l'Hôpital Bichat.
Dimanche 9 octobre	8 h. à 20 h.	Salpêtrière Salpêtrière Salpêtrière	COLLOQUES AVEC LE PRATICIEN Festival du Film.
	9 h. à 17 h.		Films.
	20 h. à 23 h.		Clôture des Entretiens de Bichat 1960.
Mercredi 12 au Vendredi 14 octobre	Matin et Soir	Nouvelle Faculté 45, rue des Saints-Pères	Journées nationales d'Electro-Radiologie.

INFORMATIONS.

CONGRES ANNUEL D'HYGIENE

Le Congrès Annuel d'Hygiène organisé par la Société de Médecine Publique et de Génie Sanitaire aura lieu les 24 et 25 octobre prochain à l'Institut Pasteur de Paris, sous la présidence du Professeur MELNOTTE de la Faculté de Médecine de Nancy.

Sont inscrites au programme les questions suivantes :

- **Prophylaxie de la coqueluche.**
Rapporteurs : Dr Jean ZOURBAS et Dr CHÈVE (Paris).
- **Réhabilitation des diminués physiques.**
Rapporteurs : Pr PIERQUIN (Nancy) et Dr Lucie LAPORTE (Paris).
- **Rôle et formation des ingénieurs et des inspecteurs sanitaires.**
Rapporteurs : M. LANOIX (O.M.S.) et M. COLAS (Paris).

Les demandes de communications sur les questions à l'ordre du jour doivent être adressées au Secrétaire Général du Congrès (Dr PETIT-MAIRE, 1, rue de Tilsitt, Paris-8^e) avant le 20 juillet.

Ed. de CARQUOS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISE

- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras,
Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.
Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.



ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY, Ph^o, 76, r. des Rondeaux - PARIS

LIVRES REÇUS.

Les pancréatites chroniques de l'adulte,
Henri SARLES, Maurice MERCADIER.
« L'Expansion », Editeur. _____

La prophylaxie et traitement des escarres de décubitus,
R. VILAIN.
« L'Expansion », Editeur. _____

Thérapeutique des Stomatologiques,
M. DECHAUME. _____

OXYPHYLLINE

Oxy - Ethyl - Théophylline

NOUVEAU DÉRIVÉ SOLUBLE DE LA THÉOPHYLLINE
PLUS ACTIF MIEUX TOLÉRÉ

ASTHME - EMPHYSEME
DYSPNÉES SPASMODIQUES
ANGINE DE POITRINE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
INSUFFISANCE RÉNALE

Dragées à 0 gr. 10 : 4 à 6 par jour - Suppositoires à 0 gr. 35 : 1 à 2
Ampoules à 0 gr. 25 pour injection IM ou IV et pour aérosols.

LABORATOIRE AMIDO — 4, PLACE DES VOSGES — PARIS 4^e

C I B A

présente

SINGOSERP[®]

NOUVEL HYPOTENSEUR DE SYNTHÈSE

non sédatif

l'hypotenseur de l'homme actif

flacons de 20 comprimés à 5 mg de syrosingopine : 1 à 4 comprimés par jour

P. Classe 9 — Remboursé par la Sécurité Sociale

® MARQUE ENREGISTRÉE

C I B A

57, Quai d'Orsay, Paris (VII^e)

123

ANALYSE**L'Épaule douloureuse**par le D^r F. COSTE

— 0 —

Après un rappel d'anatomie et de physiologie de l'épaule, les auteurs envisagent assez rapidement les problèmes posés par :

1^o Les *Omarthrites* ou Arthrites de l'épaule;

a) la scapulalgie, tuberculose de l'épaule, de localisation rare, de diagnostic difficile au début par la tomographie à la recherche d'une géode de l'extrémité sup.-ext. du col anatomique de l'humérus, et par la biopsie;

b) infectieuses non tuberculeuses :

— soit microbiennes, rarissimes;

— soit aseptiques, faisant partie d'un rhumatisme infectieux pluri-articulaire;

c) les atteintes de l'épaule au cours des Rh. inflammatoires :

— R.A.A. fluxionnaires, mobiles;

— Polyarthrites subaiguës;

— P.C.E. surtout, parfois à type de mode de début, difficiles à distinguer de la périarthrite (P.S.H.) banale;

— Spondylarthrite ankylosante, tardives et bilatérales;

— Pseudopolyarthrite rizomélique bilatérale chez les sujets âgés pour insister ensuite sur la P.S.H. qui, en fait, représente 90 % des affections douloureuses de l'épaule.

2^o La *périarthrite scapulo-humérale* :

a) soit médicale avec comme agents favorisants : le froid et les microtraumatismes, et son évolution en trois stades :

— de début : épaule douloureuse simple, meilleur stade thérapeutique;

— aigu : douleur très vive, surtout la nuit, avec impotence sévère;

— d'épaule bloquée : douleur atténuée, enraidissement manifeste, dès lors désespérante de l'évolution, mais pronostic favorable après 6 et 12 mois d'évolution;

et ses formes topographiques :

— Ténosinovite du long biceps;

— Tendinite du sous scapulaire;

— Forme sus épineuse;

b) soit P.S.H. post traumatique :

- lésions localisées du manchon tendineux des muscles rotateurs ou de la longue portion du biceps;
- Lésion diffuse du P.S.H. enraidie et douloureuse.

Ils envisagent alors les facteurs mécaniques et nerveux de la P.S.H. avec l'algodystrophie de l'épaule chez les coronariens, l'étude radiographique de la P.S.H. avec la nouvelle technique de l'arthrographie qui précise les lésions et consacrent ensuite quelques chapitres aux traitements médicaux, physiothérapiques, crénothérapiques et chirurgical de la P.S.H.

Pour être complets ils étudient alors :

3° *L'ormathrose*, assez rare localisation du rhumatisme dégénératif chronique.

4° *L'épaule syringomyélique* :

- soit à type de troubles trophiques;
- soit de douleurs spontanées.

5° *Epaule Tumorale* :

- Tumeurs extrasquelettiques bénignes ou malignes;
- Tumeurs synoviales;
- Tumeurs squelettiques bénignes ou malignes.

SCHOUM	▶	FOIE REINS VESSIE
DRAGÉES	▶	MAGNOSCORBOL Chl. de Mg + Vitamine C
ANIODOL	▶	Antiseptique • INTERNE • EXTERNE
OMNIMUM		
LABORATOIRES PARISIENS · 13, 15, Rue de la Sablière · Courbevoie/Seine		

SCHOUM, P. Cl. 2 — **MAGNOSCORBOL**, P. Cl. 3 — **ANIODOL**, P. Cl. 1 et 2
TUNISIE - Agence Pharmaceutique Française
8, Passage de la Monnaie - TUNIS

LA TUNISIE MÉDICALE

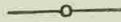
Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie
25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. S. MESTIRI — B. HAMZA — R. BEN BRAHEM —
A. CHADLY — A. KHALFAT — L. BENAÏSSA — Ch. TABBANE
— M. ABDELMOULA — P. BIERENT — J. BOUJENAH —
A. CHARRAD — M^{me} J. DAUD — MM. A. FOURATI —
A. HAGEGE — L. MOATTI — H. RAIS.

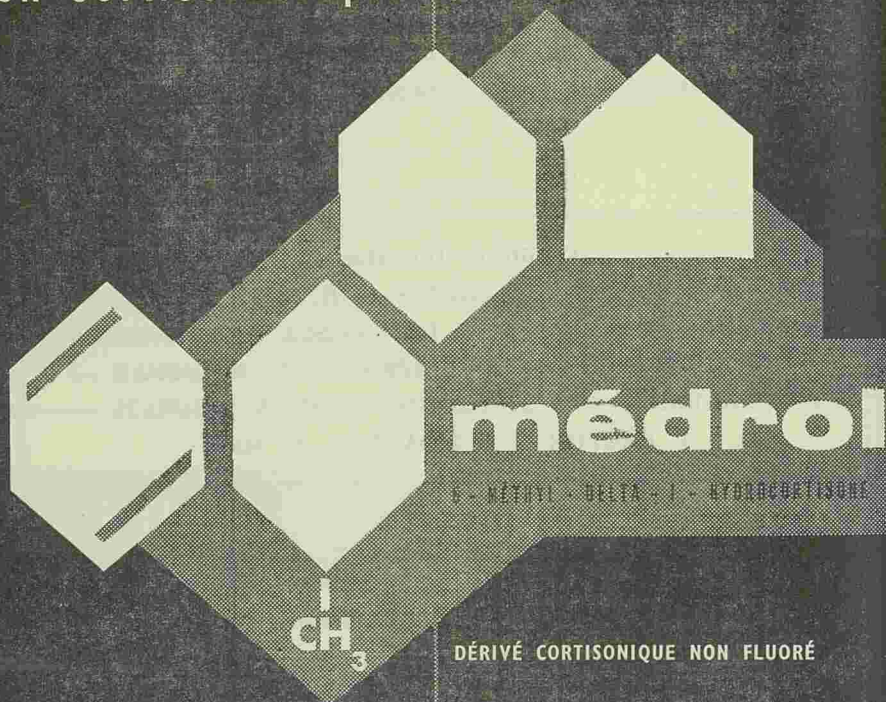
Rédaction : Ch. TABBANE

Administration : D^r Amor KHALFAT
M^{me} DOUIEB



Publicité pour la France : S. BATARD, 4, Place de l'Hôtel de
Ville, LE RAINCY (S.-et-O.)
et 21, Rue Saint-Fiacre, PARIS-2^e
Tél. Gut 10-34 et 35.

en corticothérapie



présente le coefficient thérapeutique le plus élevé

(marge de sécurité maximum
entre effets anti-inflammatoires
et effets secondaires)

400.2

LABORATOIRES **Upjohn** 63, BD. HAUSSMANN . PARIS 8^e . ANJ. 46-30

BOITE DE 60 COMPRIMÉS SÉCABLES, DOSÉS A 4 mg DE PRINCIPE ACTIF - REMBOURSÉ S.S. P. CI. 29 - AGRÉÉ APRÈS DES COLLECTIVITÉS - A.D.A.

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie, 34, Rue de Marseille — TUNIS

SOMMAIRE (1^{re} Partie)



Les dhiarrées infectieuses, par les Drs B. HAMZA, M. HUET et H. JEDIDI	233
Problèmes d'assiduité, de morbidité et de mortalité des nourrissons fréquentant les dispensaires urbains de P.M.I. (Tunis), par le Dr Raouf BEN BRAHEM	255
Aperçu de la croissance pondérale d'un groupe de nourrissons dans un Centre de P.M.I. urbain (Tunis), par le Dr Raouf BEN BRAHEM	271
Intoxication par la théophylline rectale chez le jeune nourrisson. A propos d'un cas, par les Drs B. HAMZA, H. JEDIDI et M. BOUHAHA	279
La Pyridoxine dans le traitement des convulsions du nourrisson (A propos d'un cas d'intoxication aiguë par l'isoniazide), par le Dr Raouf BEN BRAHEM	285
Compte-rendu des Journées Africaines de Pédiatrie, par le Dr Raouf BEN BRAHEM	297



natisédine

Comprimés à 0,10 g de Phényléthylbarbiturate de Quinidine

SÉDATIF GÉNÉRAL ET CARDIAQUE

Remboursé S.S. et agréé Collectivités (P. cl. 3)

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (15^e)

ANTALGIQUE ET DECONTRACTURANT

EQUANIL-ASPIRINE

Arthralgies et algies vertébrales

Syndromes douloureux chroniques

Accès paroxystiques des migraines

Dysménorrhées

de 2 à 8 comprimés par jour

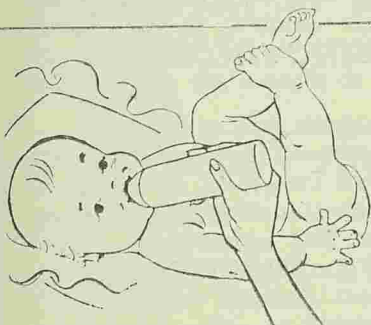
Comprimés dosés à 125 mg d'Equanil et 400 mg d'Aspirine

Boîtes de 50 comprimés (cl. 9)

Laboratoires BYLA 20, Rue des Fossés-S'-Jacques - PARIS-V^e

SOMMAIRE (2^{me} partie)

Analyse : Pancréatites chroniques de l'adulte (Drs H. SARLES et H. MERCADIER), par le Dr A. SAFFAR	313
Société Tunisienne des Sciences Médicales	319
Informations médicales	322
Programme des Semaines Médicales de Paris (Entretiens de Bichat)	323
Semaine Médico-Chirurgicale Pratique de la Pitié	336
Lutte contre le Trachome (Médaille d'or Chibret 1961)	337
Prix Chibret	338
Symposium International de Chimiothérapie	339
Livres reçus	340
Annonces	340



*Un lait en poudre sûr
de prescription journalière*

MATERNA NORMAL POUR NOURRISSONS

(BANDE ROUGE)

Demi-écrémé (15 % MG) • Sucré • Dextri-maltosé

ALIMENT DE L'ENFANT BIEN PORTANT

(JUSQU'À LA FIN DU 7^e MOIS)

Laits Médicaux

MATERNA

- ▶ **SPÉCIAL** POUR NOUVEAU-NÉS (Bleu)
- ▶ **NORMAL** POUR NOURRISSONS (Rouge)
- ▶ **COMPLÉT** NON SUCRÉ (Vert)
- ▶ **NORMA** DE RÉGIME (Paysage)

Ampho-Vaccin Intestinal à ingérer

*Ramène à la normale
le microbisme intestinal
dévié
sans détruire l'équilibre
naturel
de la flore intestinale*

POSOLOGIE

CAS AIGUS : 2 à 4 ampoules par jour
CAS CHRONIQUES et AUTO-INTOXICATIONS
1^{re} semaine : 2 ampoules par jour
2^{me} semaine : 1 ampoule par jour
3^{me} semaine : 1 amp. tous les 2 jours

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

TUNISIE : SPECIMEDHY -- 37, Rue d'Isly -- TUNIS

LES DIARRHÉES INFECTIEUSES

par les D^{rs} B. HAMZA, M. HUET et H. JEDIDI

Le rôle des affections parentérales dans la genèse des gastro-entérites infantiles auquel on attribuait une importance capitale, s'estompe de plus en plus. En effet, la pratique systématique des coprocultures au cours des diarrhées aiguës, subaiguës et même chroniques, a rendu à l'affection entérale toute la valeur que lui attribuaient les anciens auteurs. Les dyspepsies par suralimentation et par erreur de régime, les dyspepsies secondaires à une infection parentérale existent certes, mais il semble cependant que les gastro-entérites infectieuses entérales deviennent de plus en plus fréquentes. De tout temps, les pédiatres se sont penchés sur les problèmes étiologiques et thérapeutiques des diarrhées infantiles qui sont et restent encore dans bien des pays une des causes les plus importantes de mortalité et de morbidité infantile. C'est dans ce but que nous avons été amenés à exposer devant vous ce problème encore discuté des diarrhées infectieuses et qui pour nous, vu les contingences locales de pays à climat chaud, constitue un des aspects de la lutte contre la mortalité infantile.

Du point de vue clinique, nous ne savons pas plus que ce qui a été dit et écrit par les anciens auteurs classiques. Cependant, pour bien fixer les limites du travail et les directives de recherches étiologiques, l'Organisation Mondiale de la Santé au cours du colloque de Genève en novembre 1958 consacré à l'étude des maladies diarrhéiques, a jugé utile de donner une définition internationale à ce qu'on appelle communément diarrhée. On appelle diarrhée, « la multiplication du nombre des selles, la consistance plus molle ou liquide des selles, ou bien la présence d'un élément anormal : pus, sang ou mucus ».

Toujours présente au cours des gastro-entérites infantiles, elle peut manquer ou plutôt rester au second plan dans les formes septicémiques.

D'aspect et de gravité variable, elle est rarement isolée. Les vomissements font toujours partie du tableau de la gastro-entérite infantile et par leur fréquence tiennent la seconde place. Dans les gastro-entérites à *E. coli* pathogènes, Julien MARIE et ses collaborateurs, les ont trouvés chez 66 nourrissons sur 85; VINCENT et collaborateurs chez 85 nourrissons sur 117; R. CLÉMENT insiste sur leur grande fréquence alors que FONTAN et ses collaborateurs qui ont étudié une épidémie de crèche à *S. typhimurium*, notent qu'ils sont peu nombreux.

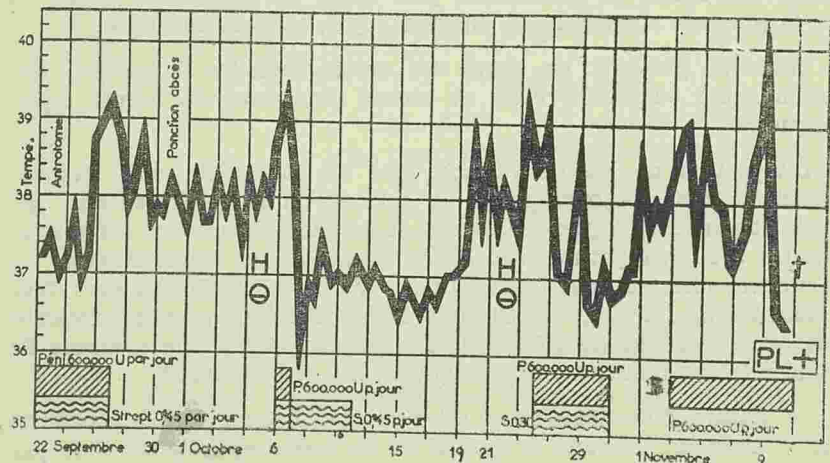
La nature du vomissement est variable; il peut être alimentaire, bilieux, sanglant, suivant la gravité de la gastro-entérite. Il n'est pas

besoin d'insister sur des caractères qui sont connus, cependant, il nous semble utile à propos des vomissements au cours des diarrhées infectieuses de signaler que dans certains cas, le vomissement précède la diarrhée de sorte que le diagnostic précoce de la gastro-entérite infantile ne peut être fait. Mais lorsqu'il s'agit d'enfants élevés dans des collectivités (hôpitaux, pouponnières ou crèches), la survenue de vomissements répétés, même en l'absence de signes infectieux, doit faire redouter l'apparition d'une gastro-entérite infantile. Parfois au contraire, les vomissements sont bien tardifs et surviennent au décours d'une gastro-entérite en apparence en voie d'amélioration ou même guérie. Ces vomissements s'expliquent ou peuvent s'expliquer, soit par la survenue surtout en milieu hospitalier d'une affection parentérale, l'otite par exemple, mais très souvent ils sont dus à une intolérance aux antibiotiques, rançon d'une thérapeutique active, mais non sans inconvénients. Cette complication pose d'ailleurs des problèmes complexes de réalimentation et cette difficulté d'alimenter les enfants par voie orale est elle-même responsable de troubles métaboliques et parfois même dans les cas graves d'atteintes hépatiques et rénales.

L'anorexie est elle aussi fréquente au début et au cours de la gastro-entérite infantile comme d'ailleurs dans toute maladie infectieuse de l'enfant. Cependant, il y a lieu d'insister sur l'anorexie très précoce qui précède de beaucoup et la diarrhée et les vomissements.

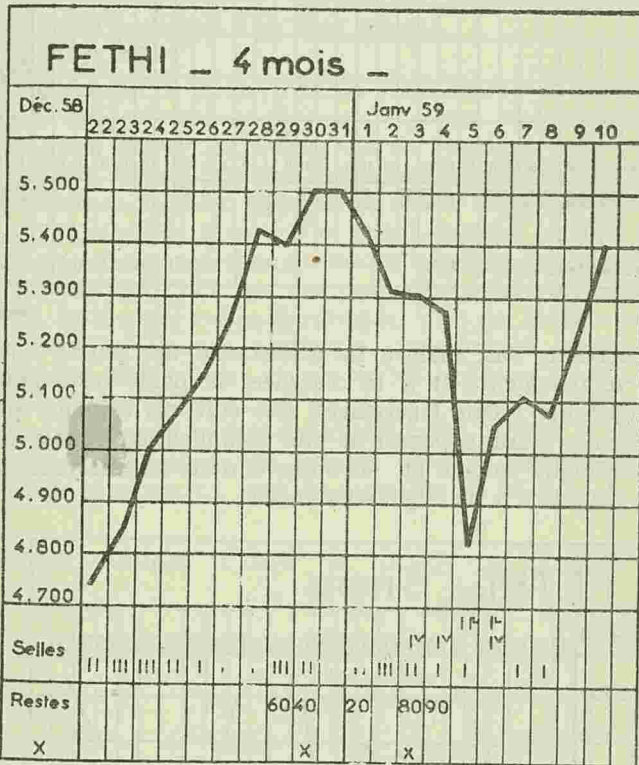
Cette anorexie qui s'installe progressivement, dans bien des cas annonce l'installation très prochaine d'une gastro-entérite. La fièvre peut manquer. Les enfants hypotrophiques, les prématurés restent hypothermiques. Cependant Julien MARIE, au cours des deux épidémies à Salmonella qu'il a pu décrire, a constaté au contraire que la fièvre est fréquente et prend un aspect caractéristique.

C'est cet aspect fait d'oscillations variables dans leur hauteur d'un jour à l'autre avec des flèches et des failles, le tout évoquant le profil d'une ville gothique.

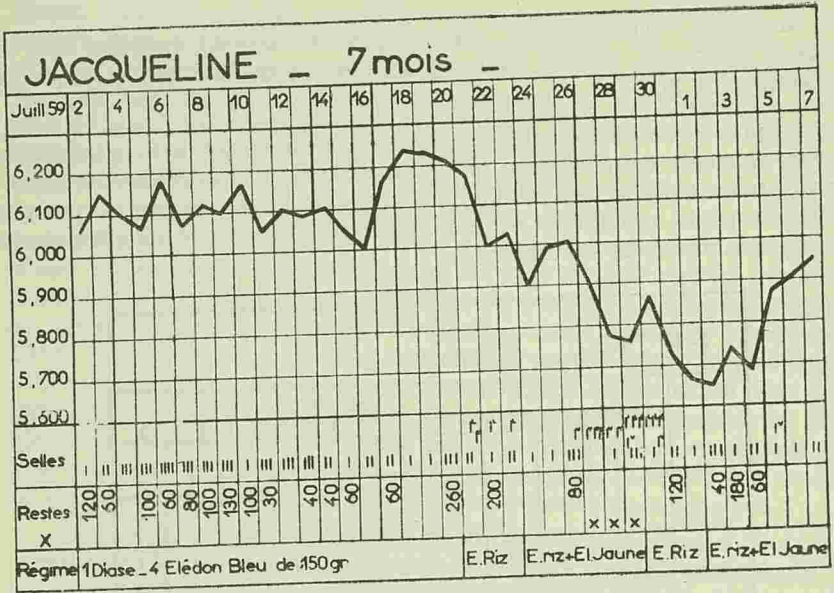


Diarrhées, vomissements, anorexie, vont bien sûr retentir sur la courbe pondérale, témoin fidèle de l'évolution de la maladie et de la croissance de l'enfant.

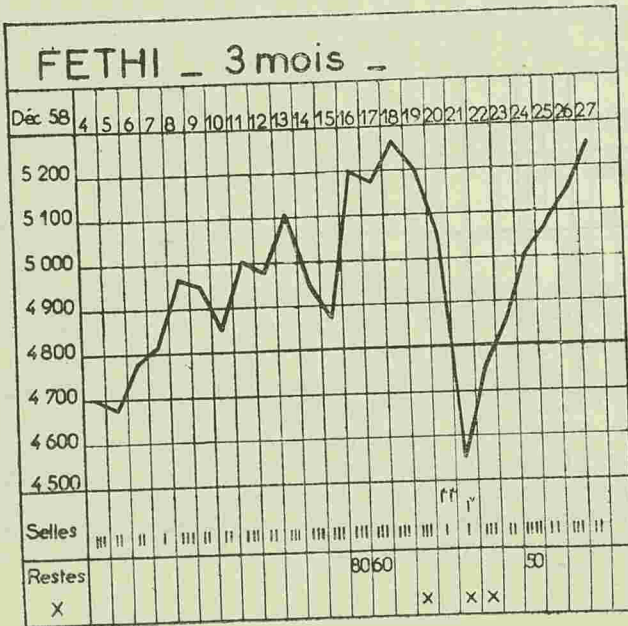
Le plus souvent et surtout au cours des diarrhées à E. coli pathogènes, il s'agit d'une courbe qui était jusque-là régulièrement ascendante, mais qui devient stationnaire pendant quelques jours, puis la chute de poids apparaît et en général cette chute de poids correspond à l'apparition de la diarrhée.



Dans d'autres circonstances, la chute de poids brusque apparaît d'une manière très soudaine et contemporaine de la diarrhée chez un enfant jusque-là très bien portant. Il convient également de signaler un autre aspect de la courbe pondérale qui se voit d'une manière fréquente chez l'enfant hypotrophique. Après une période assez longue où la courbe de poids est dans l'ensemble stationnaire, mais marquée par des pertes et des gains de poids, il se produit à un moment donné une chute plus importante et qui correspond à une multiplication des selles qui deviennent liquides, alors que jusque-là elles étaient molles et ne dépassaient pas 2 à 3 par jour.



Dans certains cas, malgré la persistance des pertes liquidiennes dues aux vomissements et à la diarrhée, le poids reste stationnaire ou bien augmente même légèrement. Cet état est expliqué par l'existence d'œdèmes faisant penser à une complication rénale ou à une carence protidique comme on en observe dans les diarrhées à évolution lente, soumises à un régime carentiel.



Par contre, il est même fréquent qu'au cours des diarrhées infectieuses dues à des germes intestinaux pathogènes, on constate une chute de poids qui n'est pas en rapport avec l'importance des troubles digestifs. Les signes de déshydratation semblent outre passer les pertes apparentes. Plusieurs auteurs ont pu constater ce phénomène; nous-mêmes nous l'avons constaté à plusieurs reprises, nous avons pu même observer des chutes de poids de 500 grammes en un jour alors que le nombre des selles et des vomissements n'étaient pas tellement fréquents. Cet aspect de la courbe pondérale se voit, il faut le dire, surtout, chez des enfants élevés en collectivités, et bien des fois annonce l'installation très prochaine d'un état toxique.

Le retentissement de la diarrhée sur l'état général et la courbe pondérale dépend évidemment de plusieurs facteurs. R. BUTTIAUX et collaborateurs, après une étude de 200 cas de diarrhées à *E. coli* pathogènes, retiennent comme facteurs de gravité : la prématurité, la débilité, le jeune âge de l'enfant, le germe en cause, et il semble que *E. coli* type 111 B4 ait été pour BUTTIAUX et même d'autres auteurs, le germe responsable des gastro-entérites infantiles les plus graves. Cependant, il est un facteur aggravant qui est peut-être propre aux enfants des pays chauds et des pays sous-développés, c'est le facteur carence et particulièrement la carence protidique. Nous-mêmes, nous avons pu observer en 1958, 325 toxicoses et sur ces 325 toxicoses 15 % à peu près des enfants avaient un poids qui correspond à leur âge. La mortalité par toxicose au cours de cette statistique a été de 31,3 %, mais si on supprime de la statistique les enfants dénutris, hypotrophiques ou carencés, nous obtenons un taux de mortalité de 20 %.

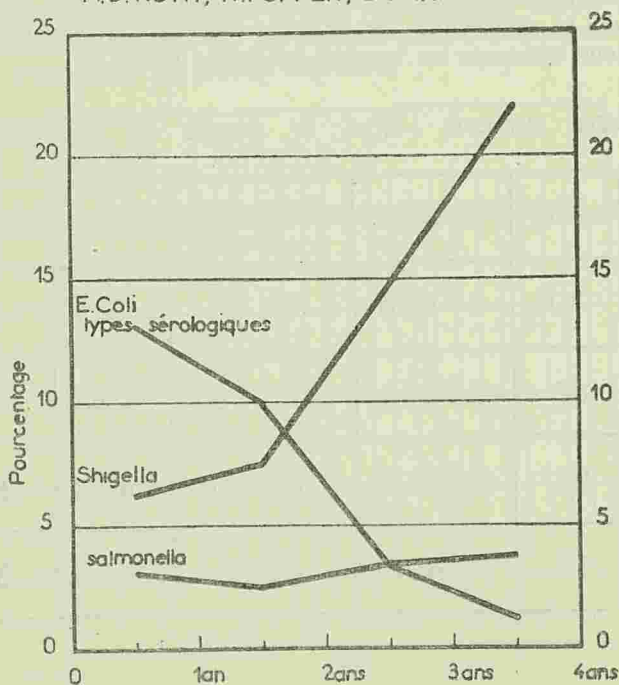
Tableau suivant l'âge, le poids et l'évolution

Age	Nombre	Poids moyen	Pourcentage du poids idéal	Guérison	Décès
3mois	30	4 ^k 060	75 %	60%	40%
6mois	40	5 ^k 040	70 %	68%	32%
9mois	26	5 ^k 615	65 %	84,7%	15,3%
12mois	18	6 ^k 400	60. %	67%	33%

La gravité de la gastro-entérite infantile est facteur non seulement du degré d'hypotrophie, mais de l'atteinte possible d'autres organes. C'est ainsi que l'atteinte des tympans et de l'appareil respiratoire s'associe à la diarrhée dans un grand nombre de cas. R. CLÉMENT et ses collaborateurs trouvent sur 55 observations, 12 otites avec 3 fois des *E. coli* dans le pus de l'oreille. J. MARIE signale une atteinte de l'oreille dans 8 cas sur 85 diarrhées à *E. coli*. Nous-mêmes, nous l'avons retrouvé dans 12,8 % des cas. Les manifestations pulmonaires semblent fréquentes au cours des diarrhées à *Salmonella*. J. MARIE les mentionne dans ses observations. FONTAN et collaborateurs les trouvent dans 63 % des cas. L'atteinte rénale est parfois associée lorsqu'il s'agit de gastro-entérites avec signes toxiques et les manifestations encéphalitiques ou méningées sont retrouvées dans plusieurs épidémies de diarrhées d'origine entérale infectieuse.

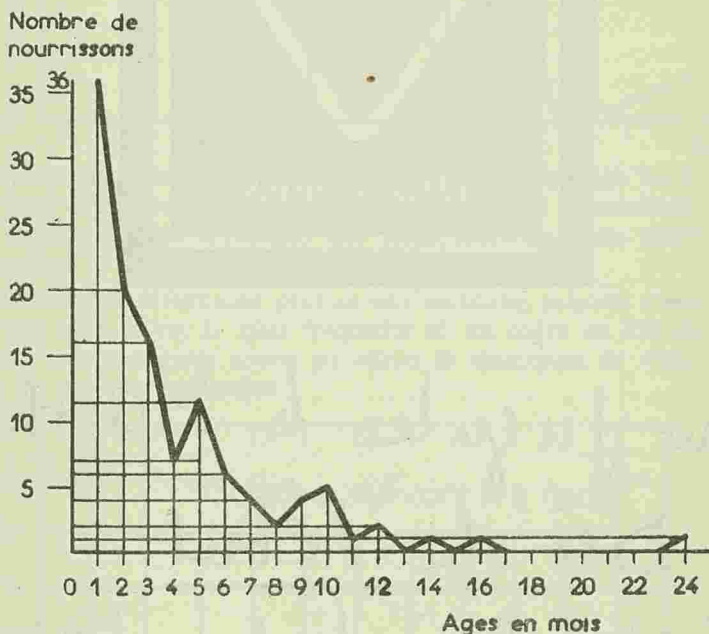
Il n'est pas inutile d'insister à ce propos sur le caractère insidieux et particulièrement grave de ces méningites à germes intestinaux, souvent résistantes à la thérapeutique, aboutissant à la mort ou laissant des séquelles importantes.

Pourcentage de germes trouvés dans les selles de 1135 cas de diarrhée aiguë, d'après L.J. VERHOESTRAETE, M.D. RUTH, R. PUFFER, Dr. PH.



Ces formes compliquées de gastro-entérites sont redoutables, parce qu'elles sont une des principales causes de mortalité infantile. En effet, la diarrhée infectieuse aiguë apparaît à tout âge, mais les cas les plus fréquents s'observent au-dessous de un an et même au-dessous de six mois. Ceci est particulièrement vrai pour les diarrhées à *E. coli* pathogènes et à *Salmonella*, alors que les Shigelloses s'observent à un âge plus avancé. En Angleterre, cette prédominance aux différents âges suivant le germe en cause, est retrouvée et apparaît sur ces courbes que nous empruntons à L. J. VERHOESTRAETE et Ruth R. PUFFER.

Dans les diarrhées à colibacille, tous les auteurs insistent sur la fréquence des cas chez les jeunes nourrissons. R. VINCENT et collaborateurs, sur un plus grand nombre de diarrhées à *E. coli* pathogènes, observent que pour 117 cas l'âge s'échelonne de 10 jours à 10 mois, 5 nourrissons seulement sont plus âgés, le plus grand a 2 ans; 80 % des nourrissons avaient moins de 7 mois.



Les mêmes auteurs remarquent que dans une famille où la mère et les 4 enfants furent atteints de diarrhée, le colibacille type 26 B6 ne fut retrouvé que chez l'enfant le plus jeune.

Au cours des 2 épidémies de crèche à *Salmonella typhimurium* décrites par J. MARIE et coll., tous les nourrissons atteints avaient au-dessous d'un an. Il en est de même des épidémies décrites par A. PIERRET et coll. où l'âge varie entre 2 et 16 mois. Nous-mêmes, en étudiant 325 cas de toxicoses observés à Tunis en 1958, nous avons trouvé 125 cas au-dessous de 6 mois, 164 cas de 6 mois à 1 an et 36 cas de 1 à 2 ans.

94 ans le Résultats.

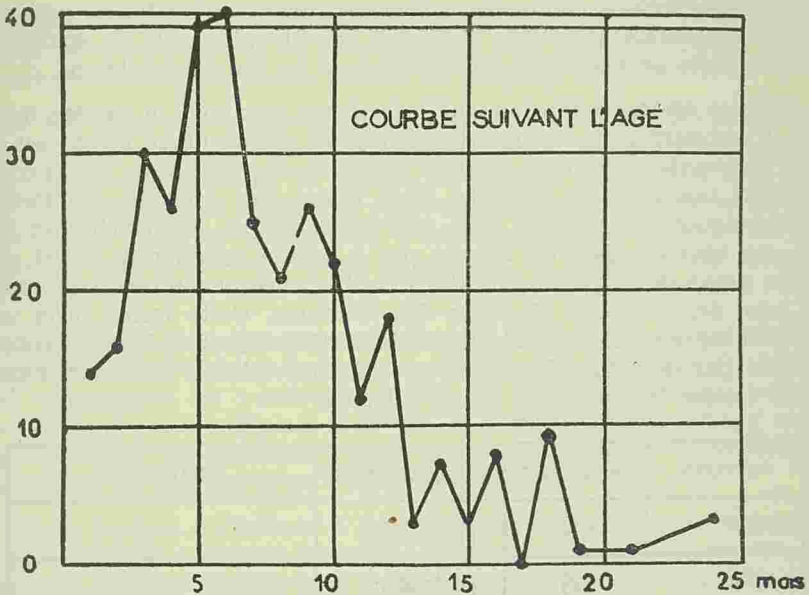


Pour juguler les diarrhées:

Dès le début

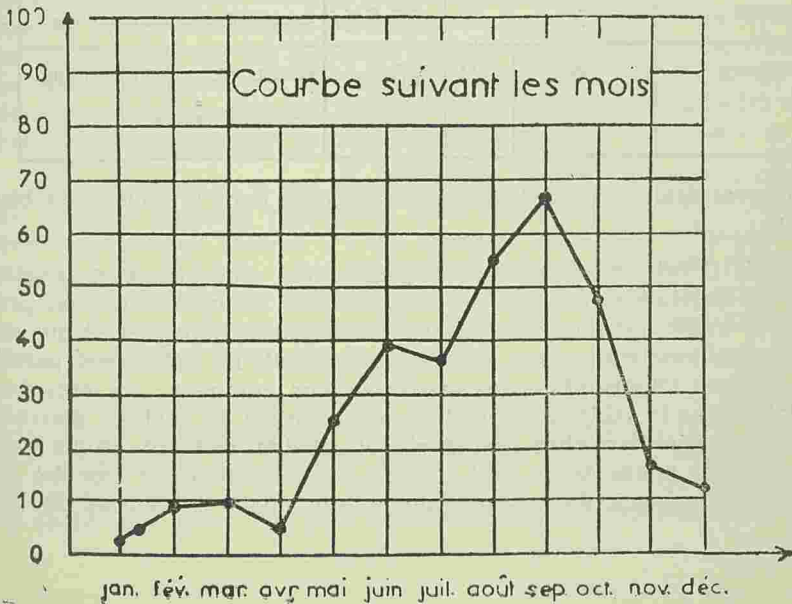
Lactéol à fortes doses

Innocuité absolue



Chez nous, l'existence de diarrhées graves à un âge assez avancé, peut être expliquée par l'état d'hypotrophie et de dénutrition avancée d'un grand nombre d'enfants que nous recevons dans notre service hospitalier.

La diarrhée infectieuse peut se voir en toutes saisons. Cependant la diarrhée estivale est la plus fréquente et au cours de l'étude de nos cas de toxicoses, nous avons pu situer le maximum de fréquence au cours du mois de septembre.



Les diarrhées à colibacille pathogène s'observent à toutes périodes de l'année, surtout en hiver (J. MARIE et coll.) alors que les épidémies à Salmonella se déclarent de l'automne à la fin du printemps.

A côté de la dyspepsie aiguë infectieuse avec tout le cortège habituel : vomissements, diarrhées, anorexie et même fièvre et qui est la plus fréquente, certaines formes cliniques de dyspepsies infectieuses méritent une mention spéciale. C'est le cas, par exemple, des formes septicémiques qui sont le plus souvent dues aux Salmonellas et qui ont été bien étudiées en France par J. MARIE et ses coll. C'est une forme grave de la gastro-entérite infantile avec une atteinte profonde du rein, des poumons et même des méninges. Cette forme revêt une particulière gravité surtout chez le nourrisson jeune et chez l'enfant débilité par des maladies antérieures. La mortalité y est assez importante comme le montre la figure suivante.

AUTEURS	Nbre de DECES	CAS	POURCENTAGE	TRAITEMENTS
ABALLI	19	19	100%	
GUERRA	6	14	43%	
NETTER & CLARK	1	2	50%	
WATT & CARLTON	1	2	50%	
J. MARIE 1948	6	12	50%	STREPTOMYCINE ou PENICILLINE
J. MARIE 1949	3	8	37,5%	CHLORAMPHENICOL dans 7 cas
PIERRET	2	7	28,5%	CHLORAMPHENICOL dans 6 cas
FONTAN	6	30	20%	PENICILLINE - STREPTOMYCINE CHLORAMPHENICOL

Graves également sont les formes toxiques dont le tableau est bien connu.

Mais il est une forme sur laquelle nous voudrions bien insister, c'est la diarrhée infectieuse survenant chez l'enfant carencé en protéides. Il s'agit d'enfants qui ont eu souvent des dyspepsies et qui ont été soumis longtemps à un régime déséquilibré. Ils présentent parfois des œdèmes importants, des manifestations cutanées, un gros foie. Parfois même le tableau complet du kwashiorkor. La maladie diarrhéique prend volontiers chez eux un aspect subaigu, traînant, et que vient brusquement aggraver un état toxique. La correction des troubles est délicate et même difficile. La réalimentation doit être entreprise très

progressivement, car très souvent, l'introduction du lait entraîne une rechute de la diarrhée et ce n'est qu'après une évolution longue faite de rechutes successives qu'on obtient la guérison de la diarrhée.

Il est enfin une forme qu'on peut appeler la forme inapparente. Il s'agit de sujets qui ne présentent aucun trouble, mais dont la copro-culture révèle la présence de germes intestinaux pathogènes. Ces cas sont fréquents et l'on comprend l'intérêt des coprocultures systématiques faites dans les collectivités d'enfants, car ces sujets sains en apparence constituent un facteur important de diffusion de la maladie.

Les progrès dans les coprocultures ont permis de faire ressortir l'importance de l'étiologie infectieuse entérale au détriment de l'étiologie parentérale, en particulier, l'otite. On admet donc aujourd'hui que les diarrhées infectieuses sont dues à la prolifération dans le contenu intestinal de certaines bactéries qui déclenchent le syndrome diarrhéique et secondairement des effets pathogènes.

Il est tentant d'attribuer à des bactéries désignées avec précision un rôle pathogène certain en toutes circonstances. Mais il ressort de nombreux travaux publiés dans le monde entier que des bactéries pathogènes sont souvent hébergées par des adultes ou des enfants sains, tandis que le rôle pathogène des bactéries considérées très généralement comme inoffensives jusqu'alors, est dans certains cas nettement prouvé. La notion de porteur de germes sains est à la base de l'épidémiologie des diarrhées infectieuses et malgré les progrès considérables de nos connaissances sur les entéro-bactéries une partie importante de l'étiologie des diarrhées infectieuses reste inconnue. En dehors d'épidémies précises et limitées dues à une espèce bactérienne identifiée et suivie, les statistiques fournies par les travaux les mieux conduits ne donnent jamais d'étiologie précise dans plus de 40 à 50 % des cas. Ces insuffisances ont été résumées dans le rapport du groupe d'études des maladies diarrhéiques de l'O.M.S. en novembre 1958 : « Il est peu réconfortant de constater la forte proportion de cas de maladies diarrhéiques qui doivent être classées comme d'étiologie inconnue ».

Dans 20, 30 ou 50 % des diarrhées infectieuses, on arrive à cultiver une bactérie supposée pathogène. Mais est-elle responsable du syndrome diarrhéique observé ? Cette question peut être envisagée sous la forme plus générale suivante : comment prouver le rôle pathogène d'une bactérie dans le déclenchement d'un syndrome diarrhéique ? Cette preuve peut être portée par différentes voies sans qu'aucune d'elles ne soit tout à fait satisfaisante :

1° Une hémoculture positive est certes un argument de grande valeur. Mais les hémocultures sont malheureusement très rares par rapport à l'ensemble des maladies diarrhéiques. On les a signalées dans les gastro-entérites à *E. coli* pathogènes; on les voit quelquefois dans les Shigelloses. Elles sont plus fréquentes dans les Salmonelloses.

2° L'apparition d'anticorps spécifiques est généralement considérée comme une preuve de pouvoir pathogène, mais on est bien obligé de constater que la recherche de ces anticorps est très décevante.

3° Ce sont donc les résultats fournis par les coprocultures qui sont le plus largement utilisés, c'est dire que la mise en évidence de certaines bactéries doit être interprétée :

a) Malgré l'utilisation des milieux sélectifs, la notion de quantité est intéressante, en particulier lorsqu'une bactérie est isolée en culture pure, il y a de fortes chances que cette bactérie soit à l'origine de la diarrhée.

b) L'observation du déroulement d'une épidémie apporte souvent des arguments de grande valeur.

Il est tentant de rechercher expérimentalement le pouvoir pathogène des souches isolées au cours des diarrhées infectieuses en essayant de reproduire ces maladies. Mais cela se heurte à de nombreuses difficultés :

a) L'expérimentation animale est très réduite, car les animaux ne sont pas sensibles aux entéro-bactéries pathogènes pour l'homme.

b) L'expérimentation humaine semblerait plus intéressante, mais elle ne peut porter que sur des adultes volontaires. On observe alors que pour provoquer l'apparition d'une diarrhée, il faut faire ingérer un nombre considérable de bactéries sans commune mesure avec les doses de la contamination naturelle.

Malgré ces difficultés pour affirmer le pouvoir pathogène d'une bactérie de l'intestin, le recoupement de toutes ces données permet de juger assez bien les responsabilités des diverses espèces isolées par la coproculture.

Passant sur les défauts de toutes schématisations, on peut ranger les bactéries isolées par coproculture en trois groupes :

1° Dans un premier groupe nous classons les bactéries qui ne jouent aucun rôle dans l'étiologie des diarrhées infectieuses. Elle constitue en somme la flore intestinale normale qui a été si bien précisée par BUTTIAUX.

2° Dans le deuxième groupe se trouvent les bactéries dont le rôle pathogène éventuel ne peut être écarté. On les trouve à l'origine de petites épidémies et elles donnent l'impression d'être beaucoup plus nombreuses dans les selles diarrhéiques que dans les selles normales. Elles sont le résultat d'un déséquilibre de la flore intestinale « dysmicrobisme » dont on ne peut dire s'il est primitif ou secondaire. Ce phénomène s'observe au cours des traitements par les antibiotiques. Il apparaît parfois spontanément en dehors de l'action bouleversante des antibiotiques.

Les syndromes cholériformes des colites suraiguës à staphylocoques sont des complications redoutables des traitements par antibiotiques. Par contre, l'existence de diarrhées infectieuses à staphylocoques, en dehors de toute thérapeutique antibiotique, est très discutable. Il faut s'assurer en particulier que les staphylocoques abondants dans les selles ne proviennent pas d'un foyer extra-intestinal. Pour toutes ces raisons, il faut être extrêmement prudent avant de conclure à une diarrhée infectieuse par staphylocoque.

3° Enfin le troisième groupe mérite d'être étudié en détail, car il comprend les bactéries dont les rapports de cause à effet dans les diarrhées infectieuses sont abondamment prouvés. Nous voulons parler des Salmonellas, des Shigellas et des sérotypes pathogènes de *E. coli*.

DIARRHÉES INFECTIEUSES A SALMONELLA

Le pourcentage des diarrhées infectieuses que l'on peut rattacher aux Salmonellas n'est pas considérable. Rapportés à la totalité des coprocultures effectuées sur des enfants diarrhéiques, nous avons relevé les pourcentages suivants :

Auteur	Date	Localité	Pourcentage
Ojarte et Coll	1952	Mexique	10%
Rauss et Coll	1953	Hongrie	1%
Chambon	1955	Saïgon	2%
Doback et Coll	1956	Pologne	3%
Drieux et coll	1956	Casablanca	4%
Olitska	1956	Jérusalem	4%
Thomas et Charter	1956	Angleterre	3%
Cooper et coll	1957	Cincinnati	7%
Drieux et R. de Fitte	1957	Casablanca	5%
Buet	1957	Tunis	4%
Wilson et Luder	1957	Uganda	6%

Ces chiffres représentent l'apparition des cas sporadiques et traduisent l'état endémique de la maladie. Dès qu'on est en présence d'une épidémie de Salmonelloses, ces pourcentages augmentent considérablement, mais n'ont plus le même intérêt ni la même signification épidémiologique.

Ces épidémies ne sont pas rares et se manifestent surtout dans les services hospitaliers, les crèches, les pouponnières ou les collectivités d'enfants. Nous avons déjà dit que l'âge des malades semble avoir peu d'influence sur les diarrhées infectieuses à *Salmonella*.

Ce qui frappe le plus dans l'épidémiologie des diarrhées à Salmonella, c'est la prédominance marquée d'un sérotype dans une région et à une époque donnée. C'est ainsi que de 1952 à 1956, dans le Nord de la France, Salmonella bareilly est largement dominante; en 1958, Salmonella reading était prédominante aux Etats-Unis. A Tunis, nous avons observé la prédominance de Saldonella reading de 1952 à 1954. Depuis 1956, la prédominance de Salmonella tunis. Ce nouveau sérotype décrit en 1956 par LE MINOR et coll. et qui était inconnu jusque-là s'est répandu de telle façon qu'il constitue l'écrasante majorité des Salmonellas isolées à Tunis. Ce sérotype semble heureusement peu agressif actuellement, car on l'isole maintenant d'enfants normaux ou atteints de diarrhées légères et transitoires par des coprocultures systématiques. Les porteurs de germes jouent un rôle considérable dans l'épidémiologie des diarrhées infectieuses à Salmonella. De plus, ces porteurs de germes le restent longtemps, car l'excrétion de ces Salmonellas se prolonge après l'infection et la disparition de tous signes cliniques.

En résumé, le rôle des Salmonellas dans les diarrhées infectieuses infantiles est certain, mais limité. Notre expérience à Tunis nous confirme dans cette opinion. Il existe des diarrhées à Salmonella, certaines sont très graves, parfois même mortelles, mais beaucoup de Salmonelloses seraient passées inaperçues sans la pratique systématique des coprocultures.

DIARRHEES INFECTIEUSES A SHIGELLA

Le rôle des Shigellas dans les diarrhées infectieuses est beaucoup plus important qu'on ne le croit a priori. Il faut pour déceler celles-ci faire, soit des coprocultures systématiques dans une population, soit chez des enfants diarrhéiques, mais avant tout traitement, c'est-à-dire au premier degré de l'échelle médicale, dans les consultations ou les dispensaires. Chaque fois qu'une statistique est établie dans un pays, le nombre de diarrhées infectieuses à Shigella trouvé est élevé (10 à 20 %) et toujours bien supérieur à celui des diarrhées à Salmonellas :

Auteur	Date	Localité	Pourcentage
Clarte et coll	1952	Mexique	15%
Reuss et coll	1953	Hongrie	15%
Watt et coll	1953	Fremno	70%
Chambon	1955	Saïgon	7%
Higgins et Floyd	1955	Egypte	35%
Dobeck et coll	1955	Pologne	6%
Olitski	1956	Jérusalem	33%
Staskiewicz et coll	1956	Pologne	15%
Thomas et Charter	1956	Angleterre	11%
Cooper et coll	1957	Cincinnati	7%
Buet	1957	Tunis	10%
Wilson et Luder	1957	Ouganda	25%
Armstrong	1959	Toronto	8%

Liveroil

SUPPOSITOIRES

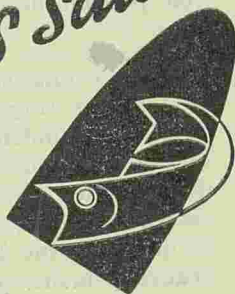
HUILE DE
FOIE DE MORUE
EUVITAMINÉE

A B₁ B₂ B₆ D₂
+ EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE DE FOIE

LABRES CHAMBON-PÉRIQUEUX ET 1 RUE DANTON-PARIS

APPETIT

*à tout âge de la Vie
en toutes saisons*



TUNISIE : V. BISMUTH - 4, Rue de Strasbourg - TUNIS

La répartition selon l'âge du pourcentage des diarrhées à *Shigella* par rapport à l'ensemble des maladies diarrhéiques est très instructive. Les diarrhées à *Shigella* n'existent pratiquement pas avant six mois. Elles sont rares vers un an, elles augmentent rapidement à 18 mois. La corrélation entre le taux des diarrhées infectieuses à *Shigella* et le niveau d'hygiène de la population est démontré par de nombreux auteurs. Le facteur géographique est absolument négligeable. Les Shigelloses ne sont pas des diarrhées réservées aux pays chauds. En réalité, c'est dans les pays chauds que le niveau d'hygiène est généralement le plus bas. Bien plus, dans l'évaluation de niveau de l'hygiène de la population, il semble que la quantité d'eau disponible soit le facteur prépondérant. Les campagnes où les adductions d'eau font souvent défaut sont plus touchées que les villes. C'est ainsi que certains auteurs, comme HOLLISTER et coll. ont pu montrer les rapports précis entre le taux d'isolement des *Shigellas* et l'accès à l'eau courante dans les camps de travailleurs agricoles en Californie. Tous les auteurs insistent sur la recrudescence des Shigelloses en été, autre argument en faveur de l'importance des *Shigellas* dans les diarrhées infectieuses.

En Tunisie, l'endémie à *Shigella* est certainement très importante. Nous pensons que c'est à elle qu'il faut rattacher les diarrhées saisonnières et peut-être une partie des toxicoses. *Shigella flexneri* représente environ 80 % des souches isolées. La Tunisie se place donc entre les pays très touchés et chez lesquels on isole principalement *Shigella dyssentariae* et ceux pour lesquels les progrès de l'hygiène ont amené la disparition de l'endémie et chez lesquels on isole surtout *Shigella sonnei*.

DIARRHEES INFECTIEUSES A E. COLI

Pendant ces dix dernières années, les rapports entre les diarrhées infectieuses et certains sérotypes d'*E. coli* ont suscité un nombre considérable de publications. Le côté spectaculaire des épidémies observées dans les services d'enfants, la nouveauté de cette question, l'espoir de résoudre le problème irritant des diarrhées infectieuses sans étiologie déterminée, tout concourt à mettre actuellement au premier plan le rôle possible de certains sérotypes de *E. coli* dans les diarrhées infantiles.

Nos connaissances sur l'épidémiologie de ces *E. coli* pathogènes sont encore fragmentaires. Leur rôle pathogène est dans plusieurs cas absolument indéniable comme le prouvent certaines observations qui ont la valeur d'une expérimentation involontaire. Il n'est bien établi que pour les nourrissons, spécialement ceux nourris artificiellement et rassemblés dans des pouponnières, crèches ou services hospitaliers. En ce qui concerne les enfants plus grands et les adultes, les faits sont beaucoup moins probants.

L'existence de nombreux porteurs de germes contraste avec l'extrême contagiosité et le caractère épidémique de cette affection. Comme ces *E. coli* pathogènes ont été tout d'abord isolés en Europe, puis signalés très vite dans les pays développés, on a pu croire pendant un certain temps qu'ils expliquaient la grande majorité des diarrhées infantiles des pays froids ou tempérés, spécialement en hiver. Mais ces sérotypes pathogènes d'*E. coli* ont été trouvés également dans certains pays tempérés, chauds ou tropicaux. Il s'agit alors plutôt de cas sporadiques, mais des épidémies ont été signalées dans des maternités à Dakar, comme l'ont décrit DARRAS et coll.

Le pourcentage des sérotypes pathogènes d'*E. coli* trouvés dans les diarrhées infectieuses diminue rapidement avec l'âge.

La contamination se fait évidemment comme pour toutes les diarrhées infectieuses par les mains sales ou les couches. Mais la contagiosité est telle que les mesures habituelles d'hygiène et de surveillance sont souvent sans effet, même dans les services d'enfants les mieux tenus. On en est arrivé à incriminer la voie aérienne, ce qui semble confirmé par l'isolement de ces *E. coli* dans les poussières et par la présence de ces sérotypes dans la gorge des enfants atteints. Le réservoir de virus pourrait être à la fois humain et animal.

En résumé, les diarrhées infectieuses à *E. coli* ne sont encore qu'imparfaitement connues. Leur importance dans la population infantile globale est sans doute moindre que ne le laisse supposer le nombre considérable de publications à ce sujet.

Notre expérience à Tunis des sérotypes pathogènes d'*E. coli* est assez fragmentaire : sur 5.000 coprocultures, nous n'avons isolé que 19 souches : 5 fois le type O 111 : B 4; 11 fois le type O 55 : B 5; 2 fois le type O 26 : B 6 et 1 fois le type O 125 : B 16.

Il s'agissait de cas de diarrhée sporadique et il n'y avait aucune corrélation évidente entre la diarrhée et la présence de ces *E. coli*. En avril 1959, quelques cas de diarrhées se déclarent dans une pouponnière. Les coprocultures montrent la présence de *E. coli* O 55 : B 5 chez 5 enfants sur 14 examinés. L'épidémie fut stoppée immédiatement par l'isolement strict.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il nous est impossible d'attribuer un rôle certain aux sérotypes pathogènes connus d'*E. coli* dans les diarrhées infectieuses à Tunis.

La lutte contre les diarrhées infectieuses de l'enfant ne peut se limiter à quelques directives précises. Elle fait partie d'un vaste ensemble qui n'est autre chose que la diffusion des règles élémentaires de l'hygiène. A des prescriptions d'ordre général, s'ajoutent des mesures plus spécifiques prises à la suite de nos connaissances sur l'épidémiologie des *Salmonellas*, des *Shigellas*, des sérotypes pathogènes

d'E. coli. La prophylaxie en matière de diarrhées infectieuses doit être envisagée à l'échelle de la population et à l'échelle des collectivités. L'on sait l'influence considérable de l'hygiène et du niveau de vie sur la fréquence d'apparition et la gravité des diarrhées infectieuses. Parmi les facteurs qui entrent en jeu, il faut mettre au premier plan l'eau courante comme le montraient HOLLISTER et coll. en 1955. Ce n'est pas la qualité bactériologique de l'eau courante qui amène la diminution des diarrhées infectieuses, mais la quantité d'eau potable disponible par habitant. Une population qui dispose d'une eau bactériologiquement excellente, mais en petites quantités, pourra être très touchée par les diarrhées infectieuses. Il est probable que l'eau abondante facilite les soins élémentaires de propreté et s'oppose à la transmission d'individus à individus.

Un autre aspect de la lutte contre les diarrhées infectieuses est réalisé par la lutte contre les insectes et spécialement les mouches. Cette action a été presque démontrée expérimentalement lors des campagnes de désinsectisation par la D.D.T. Ces campagnes qui étaient dirigées contre le paludisme ont fait diminuer parallèlement les diarrhées infectieuses dans les villages où la désinsectisation a été faite, alors que des villages voisins où les équipes de désinsectisation n'avaient pas passées, conservaient les mêmes taux de mortalité et de morbidité par les diarrhées infectieuses.

L'hygiène de l'alimentation au sens le plus large, la propreté des fruits et des légumes consommés crus constitue un des meilleurs éléments de prophylaxie, mais de tous les aliments, celui qui exige la plus grande surveillance c'est le lait, à la fois parce qu'il est la nourriture presque exclusive des nourrissons et parce qu'il permet la multiplication rapide et dangereuse des germes.

Les progrès de l'hygiène amènent inéluctablement une diminution de la morbidité et de la mortalité par maladie diarrhéique. Le meilleur exemple en est donné par la chute impressionnante de ces taux dans des pays où le seul développement de l'hygiène en général s'est effectué sans plan précis contre les maladies diarrhéiques. Et l'on sait que le taux de mortalité par diarrhées infectieuses était au début du siècle en Europe du même ordre que ceux observés actuellement en Egypte ou en Amérique Centrale. Les pays les plus touchés verront donc la morbidité et la mortalité par maladie diarrhéique diminuer dès la mise en œuvre de l'assainissement en général et du développement économique.

Cependant, pour accélérer l'obtention de ce résultat, il faut prendre des mesures particulières dirigées contre chacune des espèces bactériennes incriminées dans les diarrhées infectieuses.

En ce qui concerne la lutte contre les Salmonelloses, il faut signaler que les intoxications alimentaires jouent un grand rôle et sont de plus en plus fréquentes. Ces intoxications graves en elles-mêmes pour les

individus, laissent après elles de nombreux porteurs de germes qui sont un danger certain pour les nourrissons et les enfants. Le dépistage des Salmonelloses animales chez les animaux domestiques, la surveillance des élevages, des abattoirs, des aliments pour la volaille, véhiculant souvent des Salmonelloses, constitue un autre aspect de la lutte contre les Salmonelloses. Cependant on est bien obligé de constater que malgré toutes les précautions, la consommation croissante de conserves ou de nouvelles formes d'alimentation collective augmente les risques de Salmonelloses et se traduit par davantage d'intoxications alimentaires.

En ce qui concerne la lutte contre les Shigelloses, le réservoir de virus étant strictement humain, c'est dans ce domaine que l'application des mesures générales d'hygiène est particulièrement efficace. Elles doivent être envisagées sous l'angle de péril fécal; cependant, des mesures plus spécifiques ont été envisagées : en particulier la vaccination contre les Shigelloses étudiée en U.R.S.S., mais les résultats n'ont pas été plus encourageants que ceux donnés par des essais analogues aux U.S.A., en Egypte et au Japon. Les vaccins anti-Shigella ont toujours été décevants dans leur efficacité. La prévention par l'administration systématique de sulfamides dans une population ne semble pas devoir être retenue. Le nombre de porteurs de germes peut être réduit en diagnostiquant et en traitant correctement la dysenterie bacillaire de l'adulte très fréquente dans certains pays.

En ce qui concerne la lutte contre les sérotypes pathogènes des *E. coli*, dans l'état actuel de nos connaissances, elle ne peut être encore du domaine de la Santé Publique en général. Ce problème se situe au niveau de l'organisation hospitalière et de l'assistance à l'enfance. Pour cela, il faut éviter l'apparition dans les services d'enfants de ces épidémies dramatiques difficiles à enrayer et l'on sait que dans ces épidémies les contaminations aériennes sont aussi fréquentes que les contaminations par contact.

Les moyens de stérilisation ne sont pas suffisamment efficaces contre ce que MM. MOZZICONACCI et coll. ont appelé la propagation aéroportée. La transmission aérienne des *E. coli*, leur rapidité de diffusion ont fait repenser les méthodes prophylactiques qui doivent désormais créer les conditions d'un isolement aérien, conditions très difficilement réalisables en milieu hospitalier à moins de réaliser des conditions chirurgicales. C'est devant l'impossibilité de réaliser dans l'immédiat cet isolement aérien, que des auteurs comme J. MARIE et ses coll. ont jugé utile de réaliser la chimio-prophylaxie. Mais si cette méthode paraît justifiée lors d'une épidémie qui prend une grave extension, elle n'est cependant pas sans inconvénient et l'acquisition d'une résistance aux antibiotiques est à craindre. D'autres auteurs et particulièrement J. MARIE en France, se sont trouvés satisfaits en ayant recours à la prophylaxie diététique et attribuent le succès obtenu à l'administration systématique de farine de caroube.

Si les mesures de prophylaxie sont difficiles à réaliser dans l'im-médiat et même souvent illusoire, le traitement curatif des gastro-en-térites infectieuses s'est enrichi de plusieurs antibiotiques depuis 1943, date à laquelle les sulfamides ont été utilisés. Tour à tour, l'auro-mycine, la terramycine, le chloramphénicol et la néomycine ont connu une période d'efficacité. Cependant cette efficacité n'a été qu'éphémère et malgré l'arrivée de nouveaux produits anti-diarrhéiques, malgré toutes les précautions pour éviter la résistance, celle-ci est apparue quand même, rendant difficiles les guérisons, favorisant et accélérant parfois même l'issue fatale. Cette apparition progressive de la résistance a fait rechercher encore d'autres antibiotiques et les derniers en mode actuellement sont : la polymixine et la colymicine. La polymixine, anti-biotique actif sur les germes gramm négatifs, à champ d'action limitée, est un produit à action bactéricide rapide. Il a été utilisé par plusieurs auteurs avec succès. De bons résultats furent obtenus, cependant comme tous les autres antibiotiques, la polymixine deviendra-t-elle aussi inefficace, inefficacité due à l'acquisition de résistance des germes. Depuis les travaux des Japonais, Iyasno Koyama en 1943, nous dispo-sons actuellement d'un autre antibiotique à action intestinale : la colymicine. Ce produit a été expérimenté en Italie, puis en France, et il semble offrir un moyen de grande efficacité dans le traitement des diarrhées aiguës infectieuses. Ce produit est d'autant plus utile qu'il ne semble pas avoir donné d'intolérance.

Cette gamme d'antibiotiques, depuis les sulfamides jusqu'au der-nier en date, la colymicine, constitue certes une arme puissante contre les diarrhées infectieuses. Cependant, ils sont loin d'être sans incon-vénients. Nombreux sont les accidents graves, rançon d'une thérapeu-tique très active. Nous voulons parler des staphylococcies intestinales, résultats du déséquilibre de la flore intestinale, des manifestations toxiques, des accidents par libération d'endotoxines et des lésions tis-sulaires par carence des substances élaborées par la flore intestinale. A côté des accidents graves qui sont heureusement l'exception, beau-coup d'accidents mineurs peuvent se voir au cours du traitement des diarrhées infectieuses. Cette médication antibiotique doit être néces-sairement complétée par le traitement complémentaire de toutes diar-rhées et en premier lieu la réhydratation rapide et dirigée. Dans cer-tains cas, les neuroplégiques trouvent leur médication, dans d'autres, les ferments lactiques destinés à ensemençer l'intestin peuvent con-tribuer à améliorer le syndrome digestif.

Pour nous résumer du point de vue clinique dans les diarrhées in-fectieuses, les troubles digestifs sont habituels et constants. Nous n'y insistons pas, mais nous attirons surtout l'attention sur la gravité de cette affection chez l'enfant carencé et hypotrophique. Du point de vue étiologique, les progrès de nos connaissances ont fait peu à peu aban-donner la théorie des diarrhées secondaires parentérales au profit d'une étiologie infectieuse intestinale. Malgré tous les progrès qui ont été réa-lisés, nous sommes bien obligés de constater que plus de la moitié des

diarrhées infectieuses reste d'étiologie indéterminée. C'est là un fait regrettable, mais on peut espérer cependant que de nouvelles recherches permettront de mettre en évidence d'autres bactéries pathogènes ou de préciser le rôle éventuel des entéro-virus. La prophylaxie doit être envisagée différemment dans les collectivités d'enfants et dans la population globale. Elle doit être envisagée différemment suivant qu'il s'agit de lutte contre les Salmonellas, les Shigellas ou les E. coli pathogènes. Du point de vue thérapeutique, la multiplicité des produits utilisés depuis 1943 s'explique par la rapidité avec laquelle très vite apparaît la résistance aux antibiotiques. C'est justement pour l'éviter qu'on a intérêt à associer différents produits. Mais malgré ces précautions, l'apparition de résistance semble inévitable et de nouveaux antibiotiques seront peut-être encore appelés à prendre la relève de ceux qui ont perdu une partie ou la totalité de leur activité.

(Extrait du Rapport sur les « Diarrhées Infectieuses ».
Journées Africaines de Pédiatrie. Dakar, 12-16 avril
1960).

Amibicide spécifique
de grande efficacité par **voie buccale**

GLAUCARUBINE HOUDÉ

Substance *cristallisée* extraite du *Simaruba glauca*

Comprimés sécables dosés à 50 mg.

Tube de 25

- Dysenterie amibienne aiguë
- Amibiase intestinale chronique
- Colites amibiennes.

Posologie : Adultes : 4 à 6 comprimés par 24 heures pendant 5 à 10 jours;

Enfants : 3 mg. par kilogramme de poids par 24 heures pendant 5 à 10 jours.

Remboursé par la Sécurité Sociale. Prix classe 14

Laboratoires HOUDÉ

NOR. 40-58

9, rue Dieu, Paris 10^e

BOT. 60-98

Adresse télégraphique : GRANULOUDE-PARIS

Les **3** farines de NESTLÉ

FARINE LACTÉE

2 formules :

- **CERELAC**, ne nécessitant pas de cuisson et **FARINE LACTÉE "à cuire"** pour la préparation des bouillies lactées.

NIDINE

- **Farine de 5 céréales, non lactée, sucrée.**

2 formules :

- Instantanée, ne nécessitant pas de cuisson
- et **à cuire** pour la préparation des bouillies lactées à volonté.

SINLAC

- **Farine de 5 céréales, non lactée, non sucrée** pour la préparation des décoctions et des bouillies non lactées additionnées de légumes frais écrasés.

Problèmes d'Assiduité, de Morbidité et de Mortalité des nourrissons fréquentant les dispensaires urbains de P. M. I. (Tunis)

par le D^r Raouf BEN BRAHEM

—o—

I

Au terme d'une année de fonctionnement régulier du Centre Médico-Social de Protection Maternelle et Infantile, il nous a paru intéressant d'essayer de classer les différents enseignements que nous avons pu retirer de notre pratique quotidienne des consultations de nourrissons.

Le Centre qui est le cadre* de notre étude a été créé à la suite de la fusion des dispensaires des caisses d'allocations familiales. Il a commencé à fonctionner le 15 juillet 1958. Après une première période d'essais de cinq mois, son activité a été codifiée, une fiche médicale de type élémentaire, mais comportant suffisamment de renseignements, a été mise au point.

GENERALITES

I. — LES BENEFICIAIRES DU CENTRE

1° Répartition géographique.

Du fait de sa situation géographique, le Centre dessert surtout la population de Djebel Lahmar, El Omrane, de l'avenue Barthou (El Khadra) et du Borgel. Cependant, certains consultants de très loin, par exemple de Dubosville et du Bardo.

2° Situation sociale.

Les familles sont en majorité indigentes. En effet, la clientèle du Centre se compose :

- d'allocataires, en général petits employés dont beaucoup ont un travail assez irrégulier;
- de familles indigentes, constituant ce type particulier de prolétariat urbain, venues de l'intérieur de la Tunisie, s'agglutiner en « faubourgs » créés de toutes pièces autour de la capitale.

Pour tous, les conditions d'hygiène sont en général mauvaises et l'habitat se réduit souvent à une seule pièce pour toute la famille, plus

rarement à deux pièces. Certains allocataires sont plus aisés, mais ils ne viennent pas consulter au Centre et préfèrent presque toujours aller voir leur médecin particulier.

La situation sociale des divers consultants, qu'ils soient ou non allocataires, est donc sensiblement identique, c'est-à-dire d'un niveau social assez bas.

3° Nombre.

Sont inscrits au Centre :

- 1° les enfants de la naissance à 6 ans;
- 2° les femmes enceintes.

Pour évaluer leur nombre, il suffit de se reporter au dernier recensement de 1956. La moitié de la population tunisienne est constituée par des jeunes de moins de 20 ans, soit :

- 182 $\frac{0}{00}$ de 0 à 4 ans;
- 144 $\frac{0}{00}$ de 5 à 9 ans;
- 102 $\frac{0}{00}$ de 10 à 14 ans;
- 91 $\frac{0}{00}$ de 15 à 19 ans.

Ces proportions sont certainement valables pour nos familles et peuvent même être légèrement majorées, du fait que dans cette catégorie de population la natalité est une des plus fortes.

D'après nos constatations personnelles, plus de la moitié des femmes sont enceintes dans les 2 ans qui suivent une grossesse, et la moyenne d'enfants vivants, par famille, varie de 4 à 5 enfants.

Le nombre des bénéficiaires — femmes enceintes et enfants — représente donc environ $\frac{1}{3}$ de la population du vaste secteur desservi.

II. — LES ACTIVITES DU CENTRE

Ce sont les activités de base de tout dispensaire de P.M.I.

Elles comprennent deux grands secteurs : un secteur médical, un secteur d'action sociale.

1° Le secteur médical.

Des consultations de pédiatrie, d'O.R.L., pré et post-natales, de pneumophtisiologie, avec examen radioscopique, sont régulièrement données au Centre.

A) Les consultations de pédiatrie-puériculture sont au nombre de 10 par semaine et sont assurées par trois médecins pédiatres conventionnés :

— Tous les enfants sont admis ensemble à la consultation, il n'y a pas de division entre enfants de moins de 3 ans et enfants de 3 à 6 ans.

— Par une sorte d'accord tacite, facilement accepté des mères, les nourrissons sont présentés en premier au médecin.

— Il n'y a pas non plus de division entre enfants sains et malades (sauf pour les maladies contagieuses : rougeole, coqueluche, varicelle, etc...).

Il nous est en effet apparu presque impossible d'établir des divisions dans la pratique, pour plusieurs raisons :

- la plupart des mères prétendent, même devant les symptômes les plus anodins, que leur enfant est malade;
- par manque de personnel infirmier suffisamment entraîné et suffisamment compétent, il est impossible de faire la distinction avant de présenter les enfants au médecin;
- la plupart des nourrissons qui fréquentent le Centre de P.M.I. sont issus de familles pauvres, et présentent fréquemment des infections rhinopharyngées ou digestives légères, qui nécessitent cependant un traitement médical simple et des conseils d'hygiène pour éviter l'aggravation des troubles.

B) Les consultations d'O.R.L., organisées en collaboration étroite avec la pédiatrie, sont au nombre de 4 par semaine. Elles servent à dépister les foyers d'infection rhinopharyngée et surtout otitiques.

C) Les consultations d'obstétrique - gynécologie : 3 par semaine, sont assurées par un médecin accoucheur assisté d'une sage-femme diplômée. Elles se divisent en consultations pré-natales et post-natales.

D) Une consultation pneumo-physiologie par semaine assure la surveillance radiologique des femmes enceintes suspectes de tuberculose, et des grands enfants ayant récemment viré leur réaction tuberculinique; la surveillance de la tuberculose du nourrisson est assurée par le pédiatre lui-même.

E) Les vaccinations sont assurées dans la mesure des besoins.

Il s'agit donc de consultation de médecine à la fois préventive et curative, pour les enfants de moins de 6 ans et les femmes enceintes. Il faut souligner que la gamme de médicaments mise à notre disposition est très large, analogue à celle des établissements hospitaliers (tous les antibiotiques, les corticoïdes, etc...).

2° Le secteur d'action sociale.

A) Deux distributions de laits en poudre et concentrés sucrés (laits usuels et médicamenteux) sont faites chaque semaine aux enfants dont

l'état nécessite un allaitement artificiel complet ou un allaitement mixte. Ces enfants ne sont pas en majorité (une centaine environ) du fait que la plupart des femmes acceptent facilement d'allaiter leur enfant.

B) Des démonstrations pratiques sont faites aux mères de famille, plusieurs fois par semaine : il y a eu 103 séances de démonstrations en 1959, soit :

- démonstrations de dictétique et d'hygiène alimentaire : 82 séances ayant groupé 1.776 femmes;
- démonstrations d'hygiène générale : 12 séances ayant groupé 115 femmes;
- démonstrations de tricot : 9 séances ayant groupé 69 femmes.

La distribution de laits et les démonstrations pratiques sont dirigées par la Directrice du Centre assistée de 6 aides-soignantes. Cette Directrice, ancienne monitrice d'enseignement infirmier à l'Ecole Nationale de Santé — Ecole Avicenne — a été mise à la disposition du Centre par le Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales. Elle a été choisie en raison de son autorité et de ses qualités d'enseignement. L'expérience a montré que ce choix fut judicieux, car l'organisation technique du Centre est tout à fait satisfaisante, et les démonstrations pratiques, suivies avec assiduité, ont donné d'excellents résultats.

En résumé, nous pouvons dire que le Centre Médico-Social de Protection Maternelle et Infantile se classe parmi les mieux équipés de Tunis, et qu'il offre aux bénéficiaires de multiples avantages.

ETUDE

Notre étude concerne les enfants âgés de 0 à 3 ans. Nous l'avons limitée à cet âge car c'est celui qui paie le plus lourd tribut à la mortalité. Par la suite, l'expérience montre que les enfants âgés de 4 ans ou plus ont en majorité un poids normal et sont plus aptes à résister aux diverses maladies.

Nous avons dépouillé 1.523 dossiers établis entre février et septembre 1959 (enfants nouvellement inscrits). Nous nous sommes arrêtés à cette date afin d'avoir le recul nécessaire pour juger de l'assiduité. (1)

La période pendant laquelle ces enfants ont été suivis s'étend du 1^{er} février 1959 au 30 janvier 1960, c'est-à-dire une année entière.

(1) Nous tenons à remercier Mme DOUK, directrice du Centre, ainsi que son équipe pour l'aide qu'elle nous a apportée dans cette tâche.

I. — ASSIDUITE

Les 10 consultations hebdomadaires de pédiatrie reçoivent un nombre de consultants très important et qui va croissant. Ainsi, en février 1959 on comptait 24 à 25 enfants par consultation. Ce chiffre est passé à 45/46 enfants en décembre 1959. On pourra suivre cette progression sur le tableau ci-dessous, donnant le nombre d'examens médicaux effectués chaque mois, de janvier à décembre 1959 :

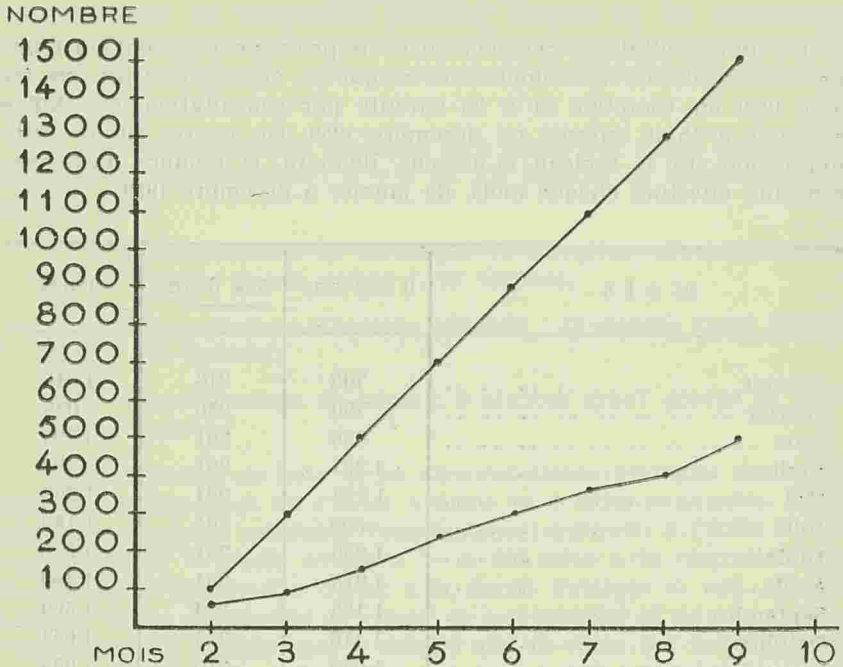
M o i s	0 à 3 ans	3 à 6 ans	Total
Janvier	792	218	1.010
Février	780	258	1.038
Mars	936	261	1.197
Avril	1.237	261	1.498
Mai	1.129	261	1.390
Juin	899	261	1.160
Juillet	1.255	261	1.516
Août	1.218	251	1.469
Septembre	1.165	204	1.369
Octobre	1.418	233	1.651
Novembre	1.075	210	1.085
Décembre	1.613	310	1.923

Considérant plus particulièrement les 1.523 nourrissons qui font l'objet de notre étude, nous avons établi une courbe d'assiduité, qui se présente ainsi :

(Voir courbe page suivante)

Nous constatons donc que 472 enfants sur 1.523 — soit 31 % — viennent consulter régulièrement, c'est-à-dire de façon systématique (au moins une fois tous les deux mois) et chaque fois que l'enfant est malade, dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Ce taux d'assiduité est assez satisfaisant si l'on considère le niveau d'éducation sanitaire de cette catégorie de population. Il paraît cependant encore assez faible, en regard de tous les avantages que nous avons cités et qui sont offerts par notre Centre.

Si nous comparons avec le Centre de P.M.I. de l'Aide à l'Enfance (organisme privé fonctionnant avec une importante subvention du Secrétariat d'Etat à la Santé Publique), nous constatons une différence assez faible dans le taux d'assiduité (69 % de consultants réguliers à l'Aide à l'Enfance).



A quoi peut être dû cet écart important ? Les consultations de l'Aide à l'Enfance sont assurées par les mêmes médecins qu'au Centre, la clientèle est d'un niveau social comparable. Les seuls éléments qui diffèrent sont ceux-ci :

1° Aucun enfant n'est admis à l'Aide à l'Enfance si la mère n'a pas été suivie pendant sa grossesse et si le nouveau-né n'a pas été présenté à la consultation pendant les 40 premiers jours de sa vie. Or, au Centre de P.M.I., 40 % seulement des enfants sont inscrits avant l'âge de 3 mois, 17 % sont inscrits entre 3 et 6 mois, 20 % entre 6 et 12 mois, 23 % après 1 an.

2° 25 enfants seulement sont admis à chaque consultation de l'Aide à l'Enfance alors que le Centre en reçoit 45 par consultation.

3° L'Aide à l'Enfance dispose d'adjointes sociales visiteuses, qui réalisent des enquêtes sociales sur chaque famille, et se rendent à domicile autant de fois que le médecin le demande, pour assurer une surveillance continue et inciter les mères négligentes à consulter plus souvent.

L'écart important des taux d'assiduité ne peut donc s'expliquer que par ces trois éléments. Le plus important est certainement la présence, à l'Aide à l'Enfance, d'adjointes sociales visiteuses.

Les mesures de limitation favorisent également l'assiduité des consultants, en permettant de consacrer beaucoup de temps à l'éducation sanitaire des mères. Il faut pourtant indiquer que de telles mesures de limitation, si elles sont appliquées d'une manière stricte, réduisent de façon notable le champ d'action du Centre de P.M.I., ce qui ne semble pas actuellement souhaitable pour notre Centre.

II. — LA MORBIDITÉ

Tous les troubles pathologiques qui peuvent bénéficier d'un traitement ambulatoire reçoivent dans notre Centre une thérapeutique appropriée, grâce à un arsenal médicamenteux assez riche.

Cependant, dans le cadre de nos consultations, trois grands types de maladies dominent la pathologie à cet âge de la vie :

- les infections respiratoires;
- les carences alimentaires;
- les diarrhées aiguës, habituellement désignées sous le nom de gastro-entérites aiguës.

1° Les infections respiratoires.

Il est bien reconnu que les infections rhinopharyngées banales sont fréquemment rencontrées chez les enfants dans toutes les catégories de la population de notre pays. Elles sont cependant plus fréquentes et prennent une allure plus grave chez les nourrissons vivant dans de mauvaises conditions d'hygiène, d'habitat, et souvent sous-alimentés.

Parmi les consultants réguliers de notre Centre, elles sont la plupart du temps facilement jugulées :

— A leur stade de début elles sont traitées par des moyens très simples de désinfection rhinopharyngée associée parfois à la sulfamidothérapie. Les mères sont toujours prévenues de l'apparition possible de complications, on leur conseille de faire preuve de vigilance et de ramener l'enfant au moindre symptôme d'alarme.

— Dans les formes de gravité moyenne, l'emploi des antibiotiques amène dans la quasi totalité des cas la guérison.

— Les formes graves sont dans la majorité des cas hospitalisées. Cependant dans certains cas bien précis, un traitement à base d'une association d'antibiotiques, de corticothérapie, d'analeptiques cardiovasculaires, est appliqué au Centre sous surveillance quotidienne jusqu'à la guérison. Nous n'entreprenons cette thérapeutique que si l'enfant ne présente pas de signes toxi-infectieux sévères, si nous sommes assurés que les parents suivront consciencieusement les prescrip-

tions thérapeutiques, enfin si nous nous trouvons en période de grand encombrement hospitalier (par exemple, décembre-janvier, les mois d'été ou en période d'épidémie). Nous n'avons à signaler aucun décès parmi les enfants soumis à ce traitement.

Pour des raisons de commodité, nous étudierons dans ce chapitre trois maladies contagieuses dont les complications respiratoires peuvent menacer la vie du nourrisson :

a) **La rougeole.** — Les complications respiratoires les plus graves s'observent surtout en début d'épidémie. Par la suite, les mères prévenues de la contagion, se présentent facilement à la consultation, en cas de suspicion de rougeole.

Nous n'avons observé aucun cas de décès parmi nos 472 consultants réguliers.

b) **La coqueluche.** — En période d'épidémie, 5 à 6 cas sont traités par semaine dans le Centre. Nous associons : la streptomycine, le chloramphénicol, le gardénal et le sirop de phénergan.

Nous n'avons eu à déplorer aucun cas de décès.

c) **La primo-infection tuberculeuse :**

— **Prévention :** des épreuves tuberculiques sont pratiquées une fois par an à tous les enfants de façon systématique. Un grand nombre de nourrissons de notre Centre ont subi dans les deux premières années de leur vie, la vaccination par le B.C.G. intradermique, dans le cadre de la campagne anti-tuberculeuse de l'expérience-pilote de Djebel-Lahmar.

— **Traitement :** il ne pose pas de problème. Tous les enfants atteints de primo-infection sont traités au Centre, où on dispose de toutes les médications anti-tuberculeuses ainsi que de corticoïdes. Une surveillance radiologique périodique leur est assurée. Les cas présentant un certain degré de gravité ou un contexte social particulier sont dirigés sur l'hôpital de Pneumophtisiologie infantile de l'Ariana.

Le résultat de toute cette action est que nous ne rencontrons pas de formes graves dans la clientèle assidue du Centre, pas de formes méningées en particulier.

En résumé, nous disposons au Centre de consultations de médecine suffisamment équipées pour traiter la majorité des syndromes infectieux de l'arbre respiratoire. Nous ne dirigeons nos malades vers un service hospitalier que lorsque le traitement nécessite des techniques spéciales (oxygénothérapie, perfusion, ponctions pleurales, etc...) sous surveillance continue.

2° Les carences alimentaires.

Elles sont fréquentes, souvent multiples, et posent des problèmes difficiles, car elles sont la conséquence directe du mode de vie, d'ali-

mentation, d'hygiène, d'habitat, des familles économiquement faibles.

a) **Les avitaminoses** sont faciles à traiter. Le Centre dispose d'une gamme étendue de vitamines, qui sont la plupart du temps prescrites à titre préventif. Il est à noter cependant que la guérison de nos cas de rachitisme nécessite d'assez fortes doses.

b) **L'anémie** par carence martiale, très fréquente aussi bien chez les mères que chez les enfants, est plus difficile à faire disparaître. En plus des conseils diététiques que les mères suivent selon leurs possibilités financières, nous prescrivons des extraits hépatiques, du protoxalate de fer et de l'élixir B 12-fer.

c) **Le syndrome de dénutrition globale** plus ou moins grave qui se traduit par un état hypothrepsique survient essentiellement parmi les consultants irréguliers. Ces cas sont dirigés vers l'hôpital et leur thérapeutique est souvent décevante. Nous avons plutôt à faire à des hypotrophies staturo-pondérales qui se manifestent à la fin du troisième trimestre de la vie et risquent de durer jusqu'à l'âge de trois ans, si les parents ne sont pas en mesure d'apporter une alimentation suffisamment riche à leurs enfants. Ils sont l'objet d'une surveillance très attentive et reçoivent systématiquement une association vitaminique de l'extrait hépatique et du fer. C'est dans ce groupe que l'on constate le taux le plus élevé de morbidité et de mortalité.

d) **Les carences protéiniques** : nous avons affaire dans notre Centre à deux formes cliniques de cette maladie, qu'on désigne habituellement sous le nom de dystrophie œdémateuse :

- **les cas graves** : ce sont toujours des enfants qui viennent consulter pour la première fois au Centre et que nous confions automatiquement à l'hôpital;
- **les formes légères**, au début, se traduisent par un simple œdème du dos des mains et de la face dorsale des pieds. Elles se voient parfois parmi des nourrissons suivis régulièrement et sont dues soit à des erreurs diététiques résultant d'une mauvaise application de conseils d'hygiène alimentaire, soit à des troubles digestifs prolongés. La correction de ces troubles et des erreurs alimentaires, associée à un traitement médical, entraîne dans tous les cas la guérison. Leur traitement médical comprend l'antibiothérapie, la corticothérapie, les injections d'extrait hépatique et la prescription de vitamines, en plus d'un régime hyper-protidique.

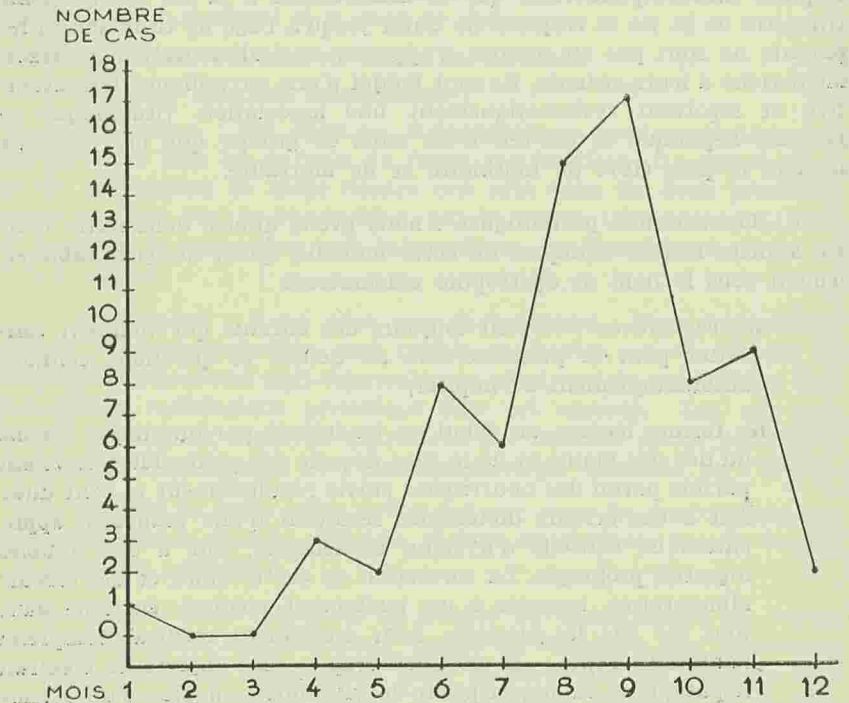
3° Les gastro-entérites aiguës du nourrisson.

Elles constituent un véritable fléau, entraînant la plus forte mortalité parmi les enfants en bas âge.

— **Leurs causes** sont diverses et souvent intriquées : manque d'hygiène et infection entérale, erreurs diététiques, sevrage brusque, rarement infection rhinopharyngée.

— **L'âge** est un facteur important : ce sont les enfants de 4 mois à 1 an qui paient le plus lourd tribut. Les diarrhées aiguës se manifestent le plus fréquemment entre 6 et 8 mois, époque à laquelle entrent en jeu des facteurs favorisants : le sevrage brusque, souvent par hypogalactie, l'introduction d'aliments nouveaux dans le régime. Dans notre statistique, aucun cas n'a été constaté après l'âge de 22 mois.

— **La saison**, pendant laquelle leur fréquence augmente, est celle des grosses chaleurs. Cependant, nos statistiques concordent avec les statistiques hospitalières pour noter que c'est pendant le mois de septembre que les cas sont les plus nombreux. Ceci est aisé à comprendre, quand on sait que les syndromes diarrhéiques graves surviennent facilement chez un nourrisson affaibli par des troubles digestifs légers mais répétés, au cours des mois de juillet et d'août.



— **Le rôle du Centre de P.M.I.** dans le traitement de gastro-entérites est aussi bien préventif que curatif. C'est ce qui ressort de l'étude ci-dessous.

Nous avons adopté pour les diarrhées aiguës, la classification que donnent ROYER, MASSÉ et N. PRINGUET :

Type 1 : diarrhée commune;

- » 2 : » avec déshydratation aiguë;
- » 3 : » avec collapsus brutal;
- » 4 : » avec déshydratation aiguë, collapsus brutal et atteinte viscérale (ou syndrome neurotoxique);
- » 5 : » avec athrepsie aiguë;
- » 6 : » chez un enfant atteint de malnutrition protéique.

Le type 1 est traité par des moyens assez simples et guérit facilement. Le danger consiste dans la répétition des troubles.

Les types 3, 4, 5 et 6 sont dirigés vers les Centres hospitaliers.

Le type 2 est celui qui nous intéresse particulièrement, parce qu'il est le plus fréquent. Dans ce cas, le traitement que nous prescrivons comporte :

- la réhydratation bucale au jus de carotte, à l'eau de riz et à l'eau bouillie;
- une antibiothérapie assez large;
- le gardénal à doses filées;
- la cortine naturelle;
- la réhydratation par voie parentérale, 60 à 100 cc de sérum physiologique et glucosé en sous-cutanée abdominale.

La conduite d'un tel traitement exige la collaboration de la mère qui doit être capable de suivre correctement les directives de réhydratation prescrite par le pédiatre, expliquée et commentée par la Directrice du Centre. Elle exige également une surveillance médicale quotidienne. Dans les cas où cette thérapeutique ne donne pas rapidement des résultats satisfaisants, l'enfant est dirigé dans les plus brefs délais vers un service hospitalier.

— **Les résultats** : sur les 356 enfants, âgés de 2 à 22 mois, qui entrent dans le cadre de nos statistiques (parmi les consultants réguliers de l'année 1959), 65, soit 18,5 % ont présenté des troubles digestifs graves, la plupart du type 2. En effet, les mères, prévenues des conséquences fâcheuses des diarrhées infantiles, amènent leurs enfants au Centre, assez tôt, avant toute apparition de signes toxiques.

Parmi ces 66 enfants, le nombre d'enfants hypotrophiques et celui des enfants de poids normal était égal (33/33).

10 d'entre eux ont été dirigés vers les hôpitaux :

- soit d'emblée : 7;
- soit après 24 h. d'essai thérapeutique au Centre : 3.

Parmi ces 10 enfants, il y avait 8 hypotrophiques et 2 enfants de poids normal.

Le nombre d'enfants décédés sur 66 a été de 7. Parmi ceux-ci, 2 (1 normal et 1 hypotrophique) ont décédé le premier jour avant toute hospitalisation. 2 ont refusé l'hospitalisation. 3 étaient de grands hypotrophiques, décédés à l'hôpital.

7 enfants hospitalisés ont été guéris et sont revenus consulter.

54 enfants, soit 81 % ont été traités uniquement au Centre et ont complètement guéri. Parmi eux, il y avait 30 enfants de poids normal et 24 hypotrophiques.

La majorité de ces 54 enfants, placés dans d'autres conditions de soins, auraient été hospitalisés d'emblée ou auraient décédé dans une grande proportion. Quand on connaît l'encombrement des services de pédiatrie en période de toxicose, on comprend aisément qu'un Centre bien équipé puisse rendre des services indéniables dans ces cas dits « pré-toxiques ».

III. — LA MORTALITE INFANTILE

1° Les consultants réguliers sont ceux dont les mères ont acquis les réflexes de puériculture élémentaires. Des chiffres précis et encourageants peuvent être apportés :

Parmi 186 enfants âgés de 0 à 1 an, le nombre de décès a été de 10 (53,7 pour 1.000) en un an. Ce taux de mortalité est remarquablement bas, en comparaison du taux de mortalité infantile de la ville de Tunis (décès d'enfants de 0 à 1 an pour 1.000 enfants nés vivants : 148/1.000).

Ceci nous autorise à penser que parmi les enfants qui suivent un rythme régulier de consultations, la mortalité est relativement faible. Ce chiffre est d'autant plus remarquable que plus de la moitié de ces enfants sont hypotrophiques.

2° Les consultants irréguliers ne se présentent à la consultation que lorsqu'ils sont assez gravement malades. Leur taux de mortalité est certainement élevé. Nous ne sommes pas en mesure de citer des chiffres personnels précis, nous ne pouvons qu'en donner une idée d'après les statistiques de la Ville de Tunis (nous ne considérons ici que la population musulmane) :

1940-44	: 258/1.000;
1945-49	: 202/1.000;
1950	: 202/1.000;
1951	: 193/1.000;
1952	: 202/1.000;

1953	:	187/1.000;
1954	:	173/1.000;
1955	:	155/1.000;
1956	:	200/1.000;
1957	:	151/1.000;
1958	:	148/1.000.

La mortalité infantile a atteint en 1958 son taux le plus bas depuis 20 ans. Ce taux reste cependant très élevé.

En 1957, environ 16.000 enfants des deux sexes ont été déclarés vivants. Quelles sont les maladies qui ont été les causes les plus fréquentes de décès des enfants de 0 à 1 an ?

- les gastro-entérites : 774 décès, soit 48/1.000;
- les infections respiratoires : 435 décès, soit 27/1.000.

Nous sommes persuadés que le jour où la Protection Maternelle et Infantile touchera le nombre maximum de familles et qu'elle leur inculquera les réflexes de médecine préventive, le taux de mortalité infantile baissera de façon remarquable, malgré l'handicap économique dans lequel est placée notre population.

CONCLUSIONS

Nous n'avons pas la prétention de tirer de cette étude des conclusions formelles et définitives. Les problèmes à résoudre en matière de P.M.I. sont assez difficiles.

Cependant, d'après notre expérience personnelle, il semble que le taux de morbidité et surtout de mortalité infantile baisse quand s'élève le taux d'assiduité dans le Centre de P.M.I. (les deux courbes se croisent).

Notre but est donc d'accroître au maximum le taux d'assiduité. Comment y parvenir ? Le meilleur moyen est d'étendre l'éducation nutritionnelle et sanitaire des mères de famille.

L'éducation nutritionnelle et sanitaire de la mère doit se faire essentiellement au Centre de P.M.I.

Il s'agit donc d'amener la mère à consulter au Centre, et dès lors il faut maintenir un contact permanent entre le Centre et la famille. Pour maintenir ce contact, il est nécessaire d'avoir :

1° **Des Centres bien organisés** et dotés de tous les moyens de médecine préventive et curative. Il y sera organisé des séances de démonstration pratique courtes, faites en un langage simple, clair, précis, à la portée de tous. Ces séances se feront par groupes assez restreints.

2° Un personnel nombreux et de plus en plus qualifié. Le personnel le plus nombreux doit être celui qui est en contact direct avec la famille. Ici, le rôle de la sage-femme, l'infirmière, l'aide-soignante, la visiteuse (à domicile) paraît être primordial. Ce personnel sera chargé d'éduquer les mères au Centre, de parfaire cette éducation à domicile, et d'en surveiller les progrès.

Il est certain qu'un tel programme donne la primauté à l'éducation individuelle et de groupe, l'éducation de masse étant assurée par d'autres moyens sur le plan national. (2)

Or, il nous semble que le moment où le contact individuel peut le mieux s'établir est celui où l'enfant est malade et où la mère l'amène à la consultation du Centre. C'est alors que la mère est la plus réceptive et que la conversation personnelle directe a lieu entre elle et le personnel médical et soignant. Il faut en somme saisir cette occasion pour amorcer le processus éducatif. Pour cela, il est indispensable qu'on abandonne toute idée de scission entre l'aspect éducatif, préventif, et l'aspect médical, curatif, dans un Centre de P.M.I. Le médecin, le personnel infirmier, doivent donc s'intéresser à l'éducation nutritionnelle et sanitaire et ne pas se contenter de soigner.

Cette action de protection maternelle et infantile ne peut cependant être abandonnée à l'initiative individuelle. Les médecins et les responsables doivent être orientés dans les grandes lignes de leur action par le Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales, qui est seul en mesure de réaliser un programme basé sur des études scientifiques. Ces études ont pour but de faire l'inventaire des ressources alimentaires locales, des besoins alimentaires des enfants et des mères, de leurs besoins sanitaires, afin d'adapter la Protection Maternelle et Infantile aux conditions de vie de la population tunisienne.

(2) Un Centre-Pilote de protection maternelle et infantile, créé avec l'aide des Organisations internationales, fonctionne depuis peu dans un faubourg populaire de Tunis.

486

collyre

NOVÉSINE

LICENCE WANDER

Anesthésique

de surface

Dosage : 0,40 %

BIBLIOGRAPHIE

- BERTHET E. : « Bilan et exigences de la protection de l'enfance dans le monde contemporain ». Pages documentaires, Paris, 1959, 4.
- BEN SALEM N., CLAUDIAN J., SEBAG P., TAIEB H. : « Enquête alimentaire et sanitaire dans un faubourg de Tunis (Sayda Manoubia) ». Section Nutrition du Secrétariat d'Etat à la S.P.A.S., Tunis, 1959.
- « Bien-être de l'enfant en Afrique, au Sud du Sahara ». Lagos, 1959. Réunions et Conférences, VI.
- « Colloque sur la P.M.I. en A.O.F. ». Journées médico-sociales de Dakar, oct. 1957. Bulletin Médical A.O.F., N° spécial, 1958.
- « Colloque sur la santé et la nutrition de l'enfant en Europe méridionale ». Courrier du C.I.E., N° 7, 1959.
- CURBELLO ANTONIO ARBELO : « Evolution de la mortalité infantile en Espagne (1901-1956) ». Courrier du C.I.E., 8-9-59.
- FAGET (Mlle) : « Enquête familiale dans 226 familles de la Médina de Dakar ». Journées médico-sociales de Dakar, 1957.
- GAUD Maurice : « Centre rural de protection familiale de Khombolé. Première année de fonctionnement ». Courrier du C.I.E., N° 5, 1959.
- GIROND J. : « Dix années de P.M.I. dans le département de la Seine ». Revue Infirmières et Assistantes Sociales, Paris, 1959, 9/1.
- HAMZA, JEDIDI, MAHERZI, BEN OSMAN, ZAOUI, ARAKELIAN : « A propos de 325 cas de toxicose traités au cours de l'année 1958 ». Tunisie Médicale, N° 6, 59.
- HAMZA, SEBAG, CASANOVA : « Syndrome de dénutrition grave du nourrisson en Tunisie ». Maroc Médical, N° 372, 35/36.
- OLADELE A. AJOSE (Prof.) : « Sanitary Education and Propaganda for the public in regard to the Problems of Maternity and Childhood ». University Collège Ibadan. Courrier du C.I.E., N° 1, janvier 1960.
- PAQUE C. : « Carence alimentaire en sel après sevrage et facteurs climatiques au cours des malnutritions, type kwashiorkor à Rabat ». Documentation scientifique Guigouz, N° 45, 1959.
- « P.M.I. dans les pays en voie de développement ». Chronique de l'O.M.S., vol. 12, N° 11, 11/58.
- « Premières Journées Médico-Sociales Tunisiennes », 2 et 3 juin 1956.
- PUJOL : « La protection maternelle et infantile en milieu rural ». La Médecine Infantile, N° 2, février 1957.
- ROSSELOT J. : « Le Centre de formation et de recherche materno-infantile ». Analyse du Courrier du C.I.E., N° 8, septembre 1959.

- SEBAG P. : « Le bidonville de Borgel ». Cahiers de Tunisie, N° 23/24, 3^e et 4^e trim. 1958.
- SENEGAL J. : « Alimentation de l'enfant dans les pays tropicaux et subtropicaux ». Courrier du C.I.E., N° 1, 1959.
- VUORINEN K. : « Childhood in Finland, now and yesterday ». Analyse du Courrier du C.I.E., N° 7, 1959.
- WATERLOW J. et VERGARA A. : « La malnutrition protéique au Brésil ». Etude de nutrition de la F.A.O., Rome, mars 1957.
- « Annuaire Statistique de la Tunisie », 1957-1958.



Melleril 10

dragées dosées à 10 mg. de thioridazine

détend le corps et l'esprit

1 à 2 dragées

3 fois par jour aux repas

Remboursé par la S. S.

Prix Classe 3

LABORATOIRES SANDOZ, S. A. R. L. : 6, rue de Penthièvre, PARIS-8^e

Dépositaire général : O. S. P. : 10, rue Amilcar, TUNIS

Aperçu de la Croissance Pondérale d'un groupe de nourrissons dans un centre de P. M. I. urbain (Tunis)

par le D^r Raouf BEN BRAHEM

II

Il ne s'agit pas d'une étude rigoureuse du poids moyen de l'enfant tunisien, mais d'un aperçu de la croissance pondérale, qui porte sur 1.540 enfants fréquentant un Centre de P.M.I. urbain (Tunis). Ils appartiennent à la classe la moins favorisée de la population urbaine de Tunis. Nous avons décrit dans une précédente étude le niveau de vie des familles, leur niveau d'éducation sanitaire, et leur taux de mortalité.

Dans l'exposé de chiffres qui suit, nous avons essayé de considérer les choses d'un point de vue clinique, pratique peut-on dire, plutôt que d'un point de vue statistique pur.

En effet, l'expérience montre que l'on a affaire à différents aspects pathologiques selon l'état de santé et de résistance de l'enfant. Telle maladie qui est bénigne dans des conditions de vie normale peut prendre un masque redoutable chaque fois qu'un enfant se trouve en état de déficience physique plus ou moins accentué.

Il semble qu'on puisse diviser ces enfants en trois catégories :

— Les enfants de poids normal.

— Les enfants de poids légèrement inférieur à la normale (hypotrophie modérée). Ils sont dans une sorte d'équilibre physiologique instable. Les thérapeutiques modernes permettent de les protéger contre la plupart des maladies. Ayant atteint l'âge de 4 à 5 ans, ils peuvent rattraper leur retard et arriver sans trop de risques à l'adolescence.

— Enfin, les enfants nettement hypotrophiques, qui sont à la merci de la moindre infection intercurrente et chez qui les troubles digestifs répétés accentuent l'état de misère physiologique. C'est leur nombre qui explique le taux de mortalité si élevé que l'on a constaté à Tunis (148 pour 1.000).

LES POINTS DE REPÈRE

Différentes études faites dans les maternités de Tunis ont montré un poids moyen de naissance de 3 kg 250 environ.

Nous avons pris 4 points de repère en ce qui concerne l'âge : 5 mois, 1 an, 2 ans, 4 ans.

Nos enfants ont été divisés en trois catégories, établies d'après le poids de l'enfant et son aspect physiologique. Des dossiers trop sommaires ne nous ont pas permis de faire entrer en ligne de compte, la taille, la mesure du pli cutané, et d'autres critères de développement somatique. Notre classement se présente donc ainsi :

Age	Poids normal	Hypotrophie modérée	Grande hypotrophie
5 mois	6 kg	5,5 kg à 6 kg	Inférieur à 5,5 kg
1 an	9 kg	8 kg à 9 kg	» à 8 kg
2 ans	11 kg	10 kg à 11 kg	» à 10 kg
4 ans	14 kg 5	13 kg à 14 kg 5	» à 13 kg
Catégorie	I	II	III

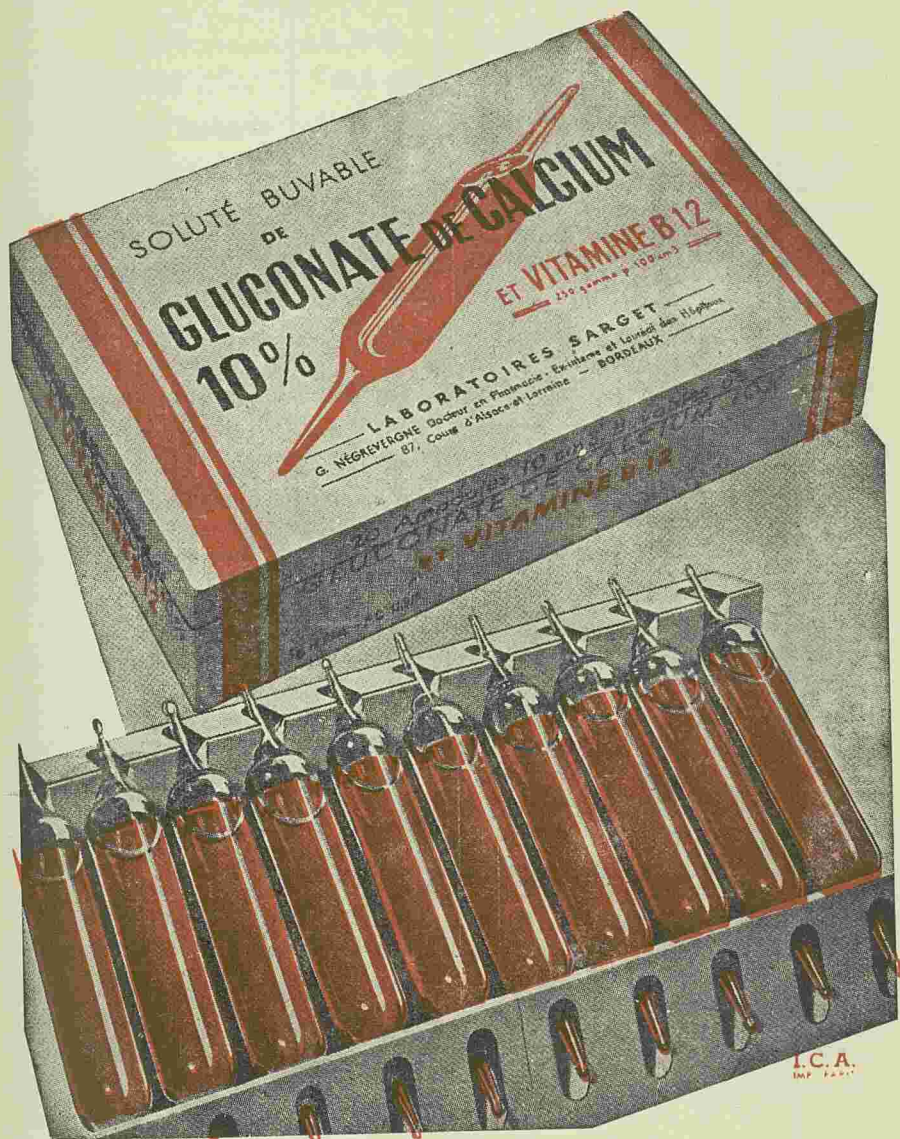
Les 1.540 enfants considérés ont été pris au hasard, au cours de l'année 1959. La plupart de ces enfants sont nourris au sein, les mères acceptant facilement d'allaiter leur enfant et n'ayant pas de toute façon les moyens d'acheter du lait en supplément. La proportion d'enfants à qui on distribue du lait au Centre est de 1/20; il s'agit surtout d'enfants dont les mères ont présenté une hypogalactie précoce.

LES RESULTATS DE CETTE ETUDE

Voici comment se répartissent les 1.540 enfants dans les différentes catégories :

Nombre d'enfants par catégories

Age	5 mois	1 an	2 ans	4 ans
Nombre total	450	419	335	306
Poids normal	228	122	102	170
Hypotrophie modérée	72	122	105	88
Grande hypotrophie	150	205	128	47



TUNISIE : Ets COHEN-JONATHAN - 55, Av. de Londres — TUNIS



Pourcentages d'enfants par catégories

A g e	5 mois	1 an	2 ans	4 ans
Poids normal	50,5 %	27 %	30,5 %	55,5 %
Hypotrophie modérée	16 %	27 %	31,5 %	29,5 %
Grande hypotrophie	33,5 %	46 %	38 %	15 %

COMMENTAIRE

Comme dans tous les pays en voie de développement, le ralentissement de la courbe pondérale commence vers l'âge de 3 mois. Dans notre statistique, il est assez net à 5 mois, puisque la proportion d'enfants de poids normal n'excède pas 50,5 %. Cela donne à penser qu'au moins 50 % des enfants de cet âge reçoivent un lait maternel de trop faible valeur nutritive.

A 1 an, cette proportion baisse et la proportion d'enfants hypotrophiques s'élève. C'est l'âge où les grands hypotrophiques sont les plus nombreux (46 %) et où le taux de mortalité infantile est le plus élevé.

De 1 à 2 ans, l'alimentation de l'enfant de famille nécessiteuse est caractérisée par une insuffisance notable d'aliments ayant une valeur nutritive suffisante. Les laits de mère sont souvent devenus hypoprotidiques, l'alimentation est à base de pain, pâtes, ragoûts, condiments, etc... et contient très peu de graisses assimilables, très peu de protides, presque pas de protides d'origine animale. Ce régime déséquilibré est insuffisant du point de vue calorique comme du point de vue qualitatif. Les troubles digestifs fréquents, l'anorexie aux multiples causes, s'associent souvent à cet âge pour entretenir un état de carence latente et permanente. Cependant, la proportion de grands hypotrophiques commence à diminuer. Il s'agit surtout d'enfants de poids inférieur à la normale (hypotrophie modérée : 31,5 %) qui arrivent à subsister tant bien que mal et que les thérapeutiques modernes préservent d'un grand nombre de maladies. Il semble que cet âge constitue le deuxième cap dangereux à franchir. A 4 ans, la plus grande proportion d'enfants a un poids satisfaisant et les hypotrophiques ne représentent plus qu'un faible contingent. (Voir courbe ci-contre).

Pour appuyer les chiffres que nous avons cités, on peut se reporter aux chiffres de mortalité infantile de 1957 pour la ville de Tunis :

2.383 décès entre 0 et 1 an.

569 décès entre 1 et 2 ans.

435 décès entre 2 et 9 ans.

La mortalité au cours de première année est donc considérable. Mais il meurt encore plus d'enfants en un an, entre la première et la deuxième année qu'en sept années entre 2 et 9 ans.

Par ailleurs, considérant 231 courbes pondérales d'enfants régulièrement suivis à la consultation, nous constatons que :

- de 2 mois à 1 an, 55 % des courbes sont normales.
- de 5 mois à 15 mois, 46 % des courbes sont normales.
- de 8 mois à 18 mois, 12,7 % des courbes sont normales.

Il faut cependant apporter un correctif à ce dernier chiffre : il s'agit d'enfants venant consulter pour la première fois après l'âge de 6 mois, et qui étaient hypotrophiques au départ.

CONCLUSIONS

« Chaque enfant vient au monde avec son casier biologique, c'est ensuite qu'interviennent les éléments qui réclament des mesures de protection sanitaire et sociale » (BERTHET).

Le ralentissement de la courbe pondérale a des causes multiples :

- hypogalactie;
- faible teneur protidique du lait de femme;
- manque d'hygiène;
- infections parentérales et entérales répétées;
- régime insuffisant et déséquilibré dès l'ablaction;
- éducation nutritionnelle insuffisante.

Le problème est aussi bien d'ordre éducatif, sanitaire, qu'économique. Les mesures prises par le Gouvernement en vue d'augmenter le pouvoir d'achat de cette partie de la population ne se feront sentir que de manière progressive. Il importe, dès maintenant, de faire face à l'urgence et de protéger les enfants en bas âge.

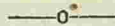
A l'échelon du Centre de P.M.I., il ne semble pas que le fait de donner du lait écrémé à la mère entraîne une modification importante de la sécrétion lactée. C'est ce qui ressort de l'étude faite par SENECAI. Cet auteur a donné 40 gr de lait écrémé par jour à des femmes allaitantes (soit 14 gr de protéines). La quantité de lait sécrété a augmenté de 30 % (cette augmentation pouvant être due en partie à des facteurs psychiques). Mais la quantité de protéine dans le lait maternel n'a augmenté que de 0 gr 80 par jour. Ainsi, des 14 gr de protéines données en supplément à la mère, l'enfant n'a profité que de 0 gr 80, ce qui est un assez mauvais rendement. La méthode est donc peu efficace pour l'enfant.

Il serait préférable de compléter, au cours de la première année, l'allaitement maternel par un supplément de lait artificiel.

Mais il ne suffit pas de donner un supplément de lait pour compenser un déséquilibre alimentaire. Il a été démontré que cette simple addition n'influe pas de façon très nette sur la courbe pondérale, tout au plus l'enfant est-il plus apte à résister aux diverses infections (ARETAS).

La solution est, là encore, de donner une **éducation nutritionnelle et sanitaire** à la mère, tant sur le plan individuel que collectif, de lui apprendre à tirer parti des ressources alimentaires locales, à équilibrer l'alimentation familiale, et à orienter son budget alimentaire dans un sens plus rationnel.

Un grand effort est actuellement fait dans ce sens. La comparaison avec les courbes pondérales des années à venir nous donnera un aperçu du progrès qui aura été réalisé.



BIBLIOGRAPHIE

- « Bien-être de l'enfant en Afrique, au Sud du Sahara ». Lagos, 1959. Réunions et Conférences, VI.
- « Colloque sur la santé et la nutrition de l'enfant en Europe méridionale ». Courrier du C.I.E., N° 7, 1959.
- « Colloque sur la P.M.I. en A.O.F. ». Journées médico-sociales de Dakar, octobre 1957. Bulletin Médical A.O.F., N° spécial, 1958.
- GIROND J. : « Carences alimentaires du jeune enfant dans l'Ouest africain », d'après H. DUPUY. Diététique et Nutrition, N° 1, 1959.
- HAMZA, SEBAG, CASANOVA : « Syndrome de dénutrition grave du nourrisson en Tunisie ». Maroc Médical, N° 372, 35/36.
- « P.M.I. dans les pays en voie de développement ». Chronique de l'O.M.S., vol. 12, N° 11, 11/58.
- PAQUE C. : « Carence alimentaire en sel après sevrage et facteurs climatiques au cours des malnutritions, type kwashiorkor à Rabat ». Documentation scientifique Guigoz, N° 45, 1959.
- SENEGAL J. : « Alimentation de l'enfant dans les pays tropicaux et subtropicaux ». Courrier du C.I.E., N° 1, 1959.
- « Annuaire Statistique de la Tunisie », 1957-1958.

(Ces 2 communications ont été présentées dans le cadre de la Journée consacrée à la P.M.I. aux Journées Africaines de Pédiatrie, Dakar, avril 1960).

CORTICOTHÉRAPIE GÉNÉRALE

TRIAMCINOLONE SPECIA

(FLUORO-9 x HYDROXY-16 x DELTA-1 DEHYDRO-HYDROCORTISONE)

COMPRIMÉS DOSÉS à 1 mg - Flacon de 20.
COMPRIMÉS DOSÉS à 4 mg - Flacon de 20.

Tableau A .

**INDICATIONS GÉNÉRALES DES CORTICO-STÉROÏDES
AVEC LE MAXIMUM DE SÉCURITÉ D'EMPLOI**



CORTICOTHÉRAPIE LOCALE

ACÉTONIDE DE TRIAMCINOLONE SPECIA

POMMADE à 1 pour 1000
Tube de 10 g - P. Classe 10 Tube de 3 g .

**TOUTES LES APPLICATIONS EXTERNES DE LA CORTICOTHÉRAPIE
DERMATOLOGIE * OPHTALMOLOGIE**

En cas d'infection surajoutée, compléter par une thérapeutique anti-bactérienne locale

SOCIÉTÉ PARISIENNE
RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC

Information Médicale : 23, Cours Albert-I^{er} - PARIS-8^e - BAL. 10-70 - B. P. 490-08

Intoxication par la Théophylline Rectale chez le jeune nourrisson. À propos d'un cas.

par les D^{rs} B. HAMZA, H. JEDIDI et M. BOUHAHA

Le petit R... Ali, âgé de 3 mois, est admis en urgence à minuit, le 19 janvier 1959, pour crise convulsive généralisée. Ce petit nourrisson atteint depuis 4 jours de toux et de fièvre légère, aux environs de 38° présente subitement à 11 heures du soir, des vomissements suivis d'une crise convulsive généralisée avec perte de connaissance. Les parents l'amènent alors en urgence à l'hôpital Charles Nicolle. A l'entrée, on se trouve devant un état de mal convulsif avec des mouvements cliniques généralisés à tout le corps qui durent déjà depuis plus d'une heure. L'enfant est déshydraté avec un aspect légèrement toxique. L'examen ne révèle rien de particulier; il n'y a pas de raideur méningée. La température est à 38°5.

Une injection de gardénal de 0,04 fut faite et la ponction lombaire pratiquée. Le liquide céphalo-rachidien est clair et son analyse sera normale : Albumine : 0,60; Glucose : 1 g; Eléments : 3.

Devant la déshydratation de l'enfant une perfusion fut installée par voie intratibiale comportant 300 cc de sérum glucosé, 150 cc de sérum salé physiologique et 2 millions de pénicilline. On injecte 2 ampoules de 10 cc de calcium en intraveineux.

L'état de mal convulsif continuera de façon intermittente, les crises convulsives entrecoupées de phases comateuses malgré : 3 ampoules de gardénal, soit 0 g 16; 15 mg de largactyl injecté par 1/2 cc de 2 mg 5; 1/2 ampoule de phénergan, soit 25 mg, et un centimètre cube de sulfate de magnésie.

Le lendemain une veine fut dénudée et la perfusion de sérum est continuée. On poursuit aussi les injections de gardénal par ampoule de 0,04 et le largactyl par 1/2 centimètre cube de 2 mg 5. Les convulsions persistent inchangées.

Un examen des tympanes est demandé, il ne montre aucun signe net d'otite et la paracentèse faite systématiquement à droite ramène du sang.

L'hémogramme montre : G. R., 4.520.000; G. B., 22.400; P. N., 74 %; Lymphocytes, 23 %; Monocytes, 3 %.

L'examen des urines est normal.

L'urée sanguine est à 0 g 17.

La calcémie est à 81 mg, puis 97 mg; le phosphore sanguin à 66 mg et les phosphatases alcalines à 1,9 unités Bodansky.

La glycémie est de 0 g 82.

Pendant la journée du 20 janvier l'enfant a reçu 0,12 de gardénal et 10 mg de largactil sans que les convulsions aient cessé. On décide alors de lui injecter une ampoule de 0 g 04 de gardénal en intraveineux et on assiste à la cessation des convulsions.

Ainsi en moins de 24 heures ce nourrisson de 3 mois a reçu :

- 0 g 32 de gardénal dont 0,04 en intraveineux;
- 25 mg de largactil;
- 25 mg de phénergan;
- 1 cc de sulfate de magnésie;
- 2 g de calcium en intraveineux.

Par la suite, les crises ne se sont pas reproduites; dès le 2^e jour, les doses furent réduites. Il a reçu le 2^e et le 3^e jour 0,08 de gardénal, puis 4 cg pendant une semaine. Le largactil est arrêté le 4^e jour.

L'enfant se réveille le 2^e jour. On arrête la perfusion intraveineuse et on reprend l'alimentation par voie orale, avec 3 ampoules de calcium buvable par jour. Un traitement parentéral à la pénicilline et la streptomycine à la dose de 1 million et de 0 g 50 par jour a été institué dès l'entrée. L'amélioration de l'enfant a continué les jours suivants avec une apyrexie totale dès le 2^e jour d'hospitalisation.

D'autres examens complémentaires à la recherche d'une étiologie à ces convulsions furent pratiqués.

Le fond d'œil a montré une légère distention veineuses rétiniennes sans caractère pathologique net.

La radiographie du crâne est normale.

Une réaction de Hirst pour le diagnostic de la grippe effectuée sur 2 prélèvements de sang à 15 jours d'intervalle s'est montrée négative.

Au bout de 10 jours l'enfant était complètement rétabli, sans séquelle.

Nous étions dans l'ignorance de l'origine de cet état de mal qui a nécessité des doses énormes de gardénal et de largactil pour céder. Aucune cause méningo-encéphalitique, infectieuse ou métabolique, ne pouvait être retenue. La ponction lombaire, la radiographie du crâne, le fond d'œil, l'examen des oreilles, la calcémie, la glycémie, l'urémie, la réaction de Hirsh, l'électro-encéphalogramme, se sont révélés normaux.

un nouveau concept
en thérapeutique

MARSILID

MARSILID "ROCHE"

Mode d'action

Le MARSILID introduit un concept pharmacologique nouveau : celui des inhibiteurs de la **monoamine-oxydase**.

C'est en inhibant la monoamine-oxydase que le MARSILID détermine une augmentation du taux de la sérotonine et des catécholamines, (adrénaline, noradrénaline), dans différents organes, **cerveau, myocarde**, notamment.

Champ d'application

Le MARSILID donne au clinicien un puissant moyen d'action :

- en **psychiatrie**
sur les syndromes dépressifs
- en **cardiologie**
sur l'angine de poitrine.

" ROCHE "

Posologie

Traitement d'attaque :

50 à 100 mg par jour chez les malades ambulatoires. Ne pas dépasser 150 mg.

Traitement d'entretien :

Dès que l'effet se manifeste, diminuer progressivement les doses de 25 en 25 mg jusqu'à 25 à 50 mg par jour.

Surveillance du traitement

Toutes les thérapeutiques modernes les plus actives nécessitent une surveillance attentive des réactions individuelles.

Le MARSILID n'échappe pas à cette règle.

Surveiller l'apparition éventuelle d'une hypotension progressive, notamment orthostatique, ou d'une subexcitation maniaque.

Éviter l'emploi du MARSILID en cas d'affections hépatiques aiguës en évolution.

Présentation

Étui de 30 comprimés

Prix : Classe 6

PRODUITS " ROCHE " S. A., 10, RUE CRILLON, PARIS

Remboursé par la Sécurité Sociale

Il n'existait même pas une hyperpyrexie importante à l'entrée. C'est alors que nous avons convoqué la mère et son interrogatoire semble nous avoir donné la clef de l'enigme. Son enfant, malade depuis le 16 janvier 1960 avec toux et fièvre à 38°, a reçu des injections de pénicilline et de streptomycine au dispensaire; par voie orale il a pris de la vitamine C et pendant 2 jours des sulfamides sous forme de thiazomide à raison de 2 g par jour et du gardénal à raison de 0,03 par jour.

Le 19 janvier, à 10 heures du soir, elle lui met un suppositoire de théophylline adulte, soit 0 g 35; 1 heure après, l'enfant est pris de vomissements importants et répétés suivis de convulsions.

Nous avons pensé incriminer cette dose importante de théophylline pour un enfant de 3 mois à l'origine de l'état de mal convulsif sévère que nous avons observé. L'intoxication par la théophylline provoque habituellement des troubles digestifs avec vomissements importants aboutissant dans des cas graves au collapsus et à la mort.

Plusieurs auteurs ont décrit des accidents neurologiques à type de convulsions chez des enfants intoxiqués par la théophylline. C'est surtout les auteurs anglo-saxons (NOLKE, LOVE et CORRADO, RAOUMDS) qui ont observé les accidents les plus graves. Le tableau clinique est toujours identique : agitation avec nausées et vomissements. Ces derniers sont bruns, sirupeux, contenant parfois du sang; répétés ils provoquent une déshydratation avec soif intense et collapsus, s'accompagnent de convulsions, d'hypertermie et enfin de coma pouvant aboutir à la mort.

Mais on remarque que ces accidents sont toujours provoqués par un surdosage thérapeutique :

Pour NOLKE :

0 g 50 en 4 heures chez un enfant de 2 ans 1/2.
2 g 25 en 54 heures chez un enfant de 3 ans 1/2.
1 g en 24 heures chez un enfant de 7 ans

Pour LOVE et CORRADO :

3 g en 48 heures pour un enfant de 15 mois.
2 g en 24 heures pour le même enfant.
0 g 50 en 8 heures pour un enfant de 19 mois.
0 g 50 en 3 heures pour un enfant de 3 ans.

Pour RAOUMDS :

1 g en 24 heures chez un bronchitique de 3 ans.
0 g 75 en 48 heures chez un nourrisson de 16 mois.

Le traitement dépend essentiellement de l'arrêt de la thérapeutique et est symptomatique à base de réhydratation et d'anticonvulsi-

vants. Nous avons vu les doses énormes qu'il nous a fallues pour juguler les convulsions chez notre nourrisson âgé de 3 mois et sa tolérance à des doses toxiques.

Est-ce à dire qu'il faut abandonner cette thérapeutique souvent efficace chez le nourrisson et le petit enfant atteint d'asthme ou de bronchite asthmatiforme qui prennent parfois un caractère angoissant ?

Nous pensons avec REGNIER, qui a fait une thèse sur l'emploi de la théophylline chez l'enfant, qu'on peut garder le bénéfice de ce traitement à condition de respecter des doses thérapeutiques strictes.

C'est ainsi que REGNIER n'a jamais observé d'accident en employant la théophylline par voie rectale et en suivant les règles suivantes de posologie : 1 centigramme de théophylline par kg de poids et par jour est la dose optima chez le nourrisson.

Si cette dose doit être répétée, un intervalle de 12 heures doit précéder la 2^e prise pour éviter toute accumulation.

La durée du traitement est de 3 à 5 jours en moyenne. Ces doses sont suffisantes et efficaces sinon, il ne faut pas s'obstiner : une majoration des doses ou une prolongation du traitement ne donnera pas de meilleur résultat.

Adultes

3 à 5 cuillerées
à café par 24 h

S I R O P

Bébés - Enfants

1 à 3 cuillerées
par 24 h selon âge

ANTIHISTAMINIQUE DE SYNTHÈSE

MÉRÉPRINE

P. Cl 3

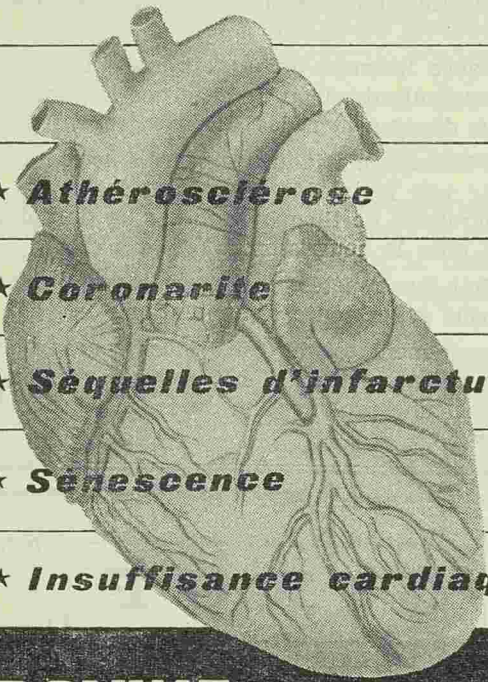
A ACTION SEDATIVE DOUCE
DE GOUT TRES AGREABLE

LABORATOIRES TORAUDE — PARIS-V^o

TUNISIE — SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES

- 
- ★ *Athérosclérose*
 - ★ *Coronarite*
 - ★ *Séquelles d'infarctus*
 - ★ *Sénescence*
 - ★ *Insuffisance cardiaque*

PYRIDOXINE 250 mg LABAZ
(VITAMINE B₆)

flacons de **20** et **40** comprimés

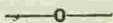
Labaz

4 RUE DE GALLIERA, PARIS 16

La Pyridoxine dans le traitement des convulsions du nourrisson

(À propos d'un cas d'intoxication aiguë par l'isoniazide)

par Raouf BEN BRAHEM



Découverte en 1934 par SZENT-GYORGI, la vitamine B 6 a vu croître et s'étendre son champ d'applications thérapeutiques de façon remarquable depuis ces dernières années. Les besoins de l'homme en vitamine B 6 sont très modestes (2 à 4 mmg par jour chez l'adulte, 1 à 2/10 de mmg chez le nourrisson). Par ailleurs, cette vitamine est assez répandue dans la nature. NEUZIL, SÉNÉCAL et leurs collaborateurs, étudiant le métabolisme du tryptophane dans le kwashiorkor, ont souligné qu'il n'y avait pas d'avitaminose B 6 au cours de cet état de carence protéique avancé et souvent multicarentiel.

Tous ces faits expliquent que l'avitaminose B 6 étant exceptionnelle, la pyridoxine soit restée longtemps un agent thérapeutique mineur. Cependant d'importants travaux ont montré récemment qu'elle participait activement à différents métabolismes :

1° Dans le métabolisme glucidique, elle favorise l'utilisation du glycogène hépatique.

2° Dans le métabolisme lipidique, elle intervient dans la synthèse des acides gras non saturés, ouvrant ainsi d'intéressantes perspectives dans le domaine de l'athéromatose.

3° Dans le métabolisme protidique, elle joue un rôle essentiel dans les réactions de désamination - transamination et dans le métabolisme du tryptophane.

INTOXICATION PAR L'ISONIAZIDE ET VITAMINE B 6

En tant qu'agent médicamenteux la vitamine B 6 a acquis ses titres de noblesse dans le traitement des polynévrites consécutives à une intoxication par de fortes doses ou un traitement prolongé à l'isoniazide. Traitées longtemps sans succès par la vitamine B 1, ces polynévrites rétrocédèrent admirablement sous l'action de la pyridoxine.

Par la suite, on découvrit que cette vitamine exerçait un effet indéniable sur la plupart des troubles neuro-psychiques dus au traitement par l'isoniazide. Cette action s'explique par le fait que l'isoniazide agit exactement comme une anti-vitamine B 6 et provoque une carence vitaminique quasi expérimentale.

Parmi ces troubles neuro-psychiques l'effet convulsivant de l'isoniazide occupe une place de choix et a été relevé par de nombreux auteurs.

D'après DUCHESNAY, les doses toxiques d'I.N.H. chez l'animal entraînent une excitation du système nerveux central, des convulsions et la mort par arrêt respiratoire. Par voie intraveineuse, 100 mmg par kg de poids tuent le chien en une heure 15'; 22 mmg par kg de poids tuent le chien en 2 semaines.

À l'inverse de l'intoxication chronique qui entraîne surtout une excitation psychomotrice et des polynévrites, l'intoxication aiguë produit de véritables crises comitiales.

FOURNIER d'Alger rapporte le cas d'une femme de 53 ans qui tenta de se suicider en absorbant la presque totalité d'un flacon de Rimifon, soit 4 grs environ. Elle présenta une phase initiale avec perte de conscience due à un accès comitial et une phase secondaire avec agitation psychomotrice et hallucinations auditives et visuelles.

BROUET et CHRÉTIEN parlent d'encéphalopathies véritables avec température et symptomatologie nerveuse, de crises comitiales vraies chez des sujets prédisposés, d'anomalies d'hyperexcitation cérébrale, fréquemment enregistrées chez des enfants soumis à un traitement par l'I.N.H.

JENNY et LEE (1951) ont observé chez l'animal et chez l'homme épileptique des crises de type grand mal se déclenchant après une période de latence d'une à 2 heures succédant à l'absorption d'I.N.H.

MORÈRE et ses coll. sont du même avis et recommandent la prudence dans l'administration d'isoniazide chez certains sujets neurotoniques. Ils admettent l'action épileptogène de cette médication.

De nombreux auteurs ont observé un véritable survoltage du tracé électro-encéphalographique, après ingestion d'isoniazide. C'est dans ce cadre que se place notre observation personnelle.

OBSERVATION

Anissa, âgée de 8 mois, pesant 7 kg 175, entre dimanche 24 janvier 1960, à 11 h 30, dans le Service de Pédiatrie de l'Hôpital Habib Thameur pour crises convulsives.

Antécédents personnels : rien à signaler. Allaitée au sein de façon exclusive, ne tient pas encore assise. Il y a un mois, épisode infectieux respiratoire pour lequel il a été prescrit de la tifomycine et des suppositoires d'isoniazide. (Le dosage délivré montre qu'il s'agissait de suppositoires à 50 egr). Elle reçut 5 de ces suppositoires, à raison d'un suppositoire matin et soir. Ce syndrome respiratoire eut une évolution banale.

Histoire de la maladie : l'enfant a présenté, la veille de son admission, et le matin même, une toux légère et un petit vomissement. La mère d'elle-même administre à 9 h 30 un suppositoire d'isoniazide à 50 egr. L'enfant prend correctement le sein, a un comportement normal et est absolument apyrétique. Une heure après, à 10 h 30, il pousse un cri et présente des crises convulsives, avec cyanose et mousse aux lèvres. A 11 h 30 il entre dans le Service.

A l'examen, il s'agit de crises convulsives généralisées, avec comme caractère particulier, des mouvements oculaires à type de secousses dans tous les sens. Il est cyanosé. Les réflexes sont vifs, il n'y a pas de tension de la fontanelle, la température est à 36°6.

Le reste de l'examen somatique est strictement normal.

La ponction lombaire pratiquée immédiatement, montre un liquide clair contenant : albumine, 0 gr 50; éléments, 0,1.

Un traitement fut prescrit d'urgence : gardénal sodique injectable, 0 g 04, dose renouvelée 1/2 h après; largactil, 1 cc intramusculaire coramine; cortine à 125 et un traitement antibiotique (pénicilline, streptomycine, terramycine).

Examens complémentaires : radiographie pulmonaire, patch, hémogramme.

A 13 h : les convulsions durent encore s'accompagnant de mouvements moteurs oculaires inhabituels.

A 14 h : l'état reste inchangé, l'enfant émet un vomissement noirâtre.

A 14 h. 30 : on décide de faire une injection de 50 mmgr de pyridoxine par voie intramusculaire, à l'exception de toute autre thérapeutique.

A 14 h. 45 : les mouvements convulsifs cèdent complètement. A l'examen on note une tachycardie, un certain degré de pâleur, mais la cyanose a diminué et le pouls est bien frappé.

A 15 h. 30 : on note la réapparition de très légères secousses clooniques des membres supérieurs, qui cèdent immédiatement à une deuxième injection de 50 mmgr de vitamine B 6.

A 16 h. 30 : les mêmes mouvements se répètent. L'enfant est toujours inconscient et commence à se déshydrater légèrement. On installe une perfusion intratibiale de sérum glucosé et physiologique, dans laquelle on ajoute 100 mmgr de vitamine B 6, deux ampoules de calcium et une demi-ampoule d'hydrocortisone intraveineuse. On ne note plus, depuis lors, de mouvements convulsifs, pendant toute la journée du 25. La perfusion est poursuivie ainsi que l'administration de pyridoxine. A l'examen, on note un léger degré d'hypotonie et surtout une

Le couronnement de la corticothérapie anti-inflammatoire



DÉCADRON

comprimés à 0,1 et 0,5 mg

- plus rapidement efficace,
- plus facilement maniable,
- mieux supporté,

à des doses 5 à 10 fois moindres que la prednisone.

DÉCADRON (*normal*), boîte de 40 comprimés à **0,5 mg** (P. cl. 29)

DÉCADRON *dosage FAIBLE* boîte de 40 comprimés à **0,1 mg** (P. cl. 6)

3.000 fois plus soluble que l'hydrocortisone

SOLU DÉCADRON

injectable

Sel disodique du 21 ester monophosphorique d'hexadécadrol

- effet thérapeutique immédiat,
- parfaite tolérance, injection indolore,
- une seule présentation prête à l'emploi,

pour les urgences ou les traitements locaux.

boîte de 3 amp. de 1 cm³ contenant 4 mg de phosphate d'hexadécadrol (P. cl. 28)

toutes les indications de la corticothérapie en dermatologie

SOLU DÉCADRON

crème

- principe actif anti-inflammatoire, anti-allergique, anti-exsudatif, anti-prurigineux, totalement soluble;
- excipient de parfaite tolérance.

Tube de 5 g de crème dosée à 1‰ d'hexadécadrol (P. cl. 9)

Dd-SDac-SDui-34



DELAGRANCE

Agréés par la Sécurité Sociale et les Collectivités

élévation thermique avec oscillation entre 37° et 40°, fièvre pour laquelle on ne trouve aucun foyer infectieux apparent, l'hémogramme étant par ailleurs normal et un deuxième examen de liquide céphalo-rachidien montre une légère hyperalbuminorachie.

Le 26, soit le troisième jour de son séjour dans le Service, l'enfant est toujours inconscient, la température est oscillante, mais il apparaît une contracture en extension des 4 membres avec exagération des réflexes et dyspnée sinemateria. L'enfant, comateux, réagit cependant aux excitations cutanées, mais la mort survient le lendemain à 5 heures du matin par suite de troubles respiratoires et malgré l'association de neuroplégiques, de vitamines B 1, B 12, B 6 et d'oxygénothérapie.

En conclusion, si l'administration de pyridoxine a fait céder les crises convulsives, il semble qu'elle n'ait pas pu venir à bout de son état comateux, que nous pensons pouvoir attribuer à une intoxication par l'isoniazide et aux désordres graves de l'encéphale, consécutifs à l'état convulsif prolongé et peut-être également aux désordres ioniques, que nous n'avons pu corriger, étant dans l'impossibilité de pratiquer un ionogramme à l'hôpital.

* * *

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de cette observation ? Les convulsions, la symptomatologie nerveuse et la mort qui s'ensuivit peuvent-elles être mises sur le compte de l'isoniazide ? Bien que l'on ne possède aucune preuve biologique, il semble que l'on puisse répondre par l'affirmative. L'enfant était tout à fait bien portant, apyrétique, il a pris correctement le sein de sa mère, au moment même de l'administration du suppositoire d'isoniazide à 50 cgr. La crise convulsive est apparue de façon brutale, une heure exactement après cette administration. La mère, de façon plus ou moins consciente, en avait un tel pressentiment qu'elle apporte elle-même la boîte de suppositoires, en affirmant que c'était la seule médication administrée. Il reste évidemment à expliquer le fait que l'enfant n'ait rien présenté, après administration, un mois auparavant, de 5 suppositoires en 3 jours. C'est le seul point qui va à l'encontre de l'hypothèse d'intoxication par l'isoniazide. Il reste cependant plusieurs arguments sur lesquels on peut s'appuyer pour soutenir cette hypothèse :

- Le parfait état de santé de l'enfant.
- L'absence de signes cliniques ou biologiques permettant d'affirmer une affection encéphaloméningée.

— Enfin et surtout l'épreuve thérapeutique : alors que 8 cg de gardénal sodique et 5 mmg de largactil intramusculaires, administrés à ce nourrisson de 7 kg, n'ont produit aucun effet, la seule injection de 50 mmg de pyridoxine entraîna la cessation immédiate de tout mouvement convulsif. Or, de nombreuses tentatives ont prouvé que la

pyridoxine ne jouit d'aucune action pharmacodynamique dans le traitement des convulsions infantiles communes. Du point de vue expérimental, elle n'exerce aucun effet sur des convulsions provoquées par certains médicaments, comme le pantétrazol.

L'AVITAMINOSE B 6

Cette avitaminose autrefois exceptionnelle peut être actuellement provoquée de façon expérimentale chez l'être humain :

- soit par administration de désoxypyridoxine, véritable anti-vitamine B 6;
- soit par administration d'isoniazide.

Les effets cliniques et biologiques de ces deux produits sont strictement identiques. Pour saisir le mécanisme d'action de ces produits, il nous semble nécessaire de faire un rappel de la biochimie de la pyridoxine :

La vitamine B 6 est en vérité un « complexe B 6 », groupe de 3 composés pyridiniques : le pyridoxal, la pyridoxamine, le pyridoxol.

Il s'agit d'un groupement enzymatique qui intervient dans le métabolisme de l'acide glutamique et du tryptophane.

Le phosphate de pyridoxal entre dans la constitution du coenzyme, de la diastase, qui décarboxyle le 5 hydroxytryptophane en sérotonine. Or différents travaux ont montré l'importance du rôle de médiateur chimique de la sérotonine au niveau de la cellule nerveuse. Cette hypothèse pourrait expliquer l'action convulsivante de la désoxypyridoxine et de l'I.N.H. Ceux-ci produiraient un blocage des enzymes à pyridoxal, entraînant une perturbation des acides aminés cérébraux et une élimination urinaire anormale de vitamine B 6.

Un certain nombre d'épreuves biologiques ont été proposées pour déceler une avitaminose B 6 :

1° Le test au tryptophane (test de LEPKOWSKY) : l'absorption de 10 grs de D e tryptophane entraîne, en cas de carence vitaminique B 6, une élimination anormale d'un métabolite intermédiaire appelé acide xanthurénique (50 mmg au lieu de quelques traces).

Cette élimination accrue signe une avitaminose B 6 et l'administration de vitamine B 6 ramène le taux urinaire de cet acide à la normale.

2° Le test à l'alanine (identique).

3° Le dosage du taux d'excrétion urinaire de la pyridoxine par méthode colorimétrique. Selon BENHAMOU, l'excrétion urinaire de vitamine B 6 est multipliée par 4 ou par 5 si l'isoniazide est administrée aux doses moyennes de 20 mmg par kg de poids.

LES CONVULSIONS DU NOURRISSON PAR AVITAMINOSE B 6

Elles relèvent de trois étiologies différentes :

- 1° l'intoxication par l'isoniazide;
- 2° la carence d'apport alimentaire en vitamine B 6;
- 3° un type bien spécial de convulsions pyridoxino-sensibles du nourrisson et du nouveau-né, décrites par HUNT, BESSEY et JULIEN-MARIE.

1° L'intoxication par l'isoniazide :

Le traitement par I.N.H. entraîne exceptionnellement des convulsions. Dès 1951, MARQUEZY soulignait l'inocuité des fortes doses d'isoniazide chez l'enfant et les pédiatres emploient couramment des doses de 30 mmg par kg de poids chez l'enfant atteint de méningite tuberculeuse, avec une tolérance clinique remarquable. Il n'en reste cependant pas moins que l'on observe assez facilement, un certain état d'excitation psychomotrice.

La prudence commande donc d'associer systématiquement la pyridoxine à l'isoniazide, en cas de traitement prolongé ou à fortes doses, surtout chez les enfants neuro-toniques et a fortiori les comitiaux. Il faut noter par ailleurs que différents travaux ont montré que la vitamine B 6 n'exerce aucun effet inhibiteur sur l'activité antituberculeuse de l'I.N.H.

2° La carence alimentaire d'apport en vitamine B 6 :

En 1953 on constata dans divers Etats américains de véritables foyers épidémiques de crises épileptiques souvent sub-intrantes, parfois avec légère hyperalbuminorrachie, mais sans aucune étiologie évidente. L'étiologie toxique fut rapidement éliminée, mais on découvrit que tous ces nourrissons étaient nourris exclusivement avec un lait industriel, très modifié, et que leurs crises convulsives cédaient au lait de vache et reprénaient en cas d'alimentation exclusive avec ce lait modifié. Il fut alors démontré que ce lait était carencé en vitamine B 6 (moins de 60 microgrammes par litre après passage à l'autoclave, qui détruit cette vitamine). L'effet de la vitamine B 6 fut immédiat sur ces troubles et un électro-encéphalogramme très perturbé redevint normal quelques minutes après administration de cette vitamine. Il est à souligner que le test au tryptophane montrait une élimination urinaire accrue d'acide xanthurenique (comme dans l'intoxication par I.N.H.).

3° Les convulsions pyridoxino-sensibles et pyridoxino-dépendantes du nouveau-né et du nourrisson :

A notre connaissance, il en existe 4 cas dans la littérature mondiale. Le premier a été décrit par HUNT, deux autres ont été observés par BESSEY et plus récemment notre maître le Professeur JULIEN-MARIE

et ses collaborateurs en ont rapporté un cas. Ils ont fait à cette occasion une description clinique et une synthèse remarquable de cette affection. Nous nous permettons de la rapporter ici.

Il s'agit d'un syndrome convulsif du nouveau-né et du nourrisson, présentant un caractère spécial : sa sensibilité exclusive à la pyridoxine. Ces crises convulsives ont les caractères suivants :

— Ce sont des convulsions apparaissant à la période néo-natale (les premières heures ou les premiers jours de la vie).

— Leur séméiologie est analogue à celle de toutes les convulsions des nourrissons.

— Par contre, le comportement de l'enfant dans l'intervalle des crises est particulier. Il présente un état psycho-moteur spécial : hyper-excitation psycho-motrice, exagérée par les stimuli et accompagnée de mouvements brusques des globes oculaires dans différentes directions (rolling eyes de HUNT) avec fréquence et intensité anormale du cillement palpébral.

— Convulsions avec altérations électro-encéphalographiques.

— Ces convulsions sont pyridoxino-sensibles et cèdent après un laps de temps très court, à l'administration orale ou parentérale d'une dose suffisante de pyridoxine. L'action des barbituriques est insignifiante.

— Elles sont pyridoxino-dépendantes, réapparaissant après arrêt du traitement et nécessitant une thérapeutique substitutive.

— La dose quotidienne de vitamine B 6 nécessaire paraît très précise : 4 mmg par 24 heures environ avec une dose seuil de 3 mmg, au-dessous de laquelle réapparaissent les convulsions.

— Il s'agit d'un trouble métabolique congénital, mais l'hypothèse d'une enzymopathie génétique n'est pas prouvée.

Ces convulsions par avitaminose B 6 congénitale, relevant vraisemblablement d'un défaut de synthèse, se différencient cliniquement et biologiquement des convulsions survenant au cours de carences en vitamine B 6, d'origine alimentaire ou toxique :

— Ces dernières ne sont pas néo-natales.

— On retrouve une étiologie.

— Elles sont le fait d'une carence d'apport ou d'un excès d'élimination de vitamine B 6.

— Le fait biologique qui les accompagne est un trouble métabolique particulier, qui fait l'objet du test de charge en tryptophane. Or dans les convulsions pyridoxino-sensibles et pyridoxino-dépendantes, ce test est normal.

— Enfin, les doses quotidiennes nécessaires au traitement de l'avitaminose B 6 congénitale (4 mmg) sont, sans aucun rapport, avec

celles nécessités par les avitaminoses acquises, par carence d'apport (1 à 2/10^e de mmg) ou par facteur toxique (plusieurs centaines de mmg).

CONCLUSION

La vitamine B 6, autrefois médication d'intérêt mineur, est devenue comme le dit M. PERRAULT, « une vitamine d'avenir et même de grand avenir ». Ses possibilités thérapeutiques, en dehors de son action sur le système nerveux, semblent devoir s'enrichir et s'étendre à d'autres systèmes, au fur et à mesure que l'on avancera dans l'étude de son métabolisme biochimique.

Dans le domaine des convulsions du nourrisson, elles ne constituent pas une thérapeutique courante et quotidienne. Elle prend place cependant dans le traitement de certains syndromes bien déterminés qui ont enrichi la pathologie infantile. Son indication la plus commune en pédiatrie semble être actuellement son emploi quasi systématique dans tout traitement par isoniazide nécessitant des doses importantes et prolongées.

BIBLIOGRAPHIE

- BENHAMOU E. et TIMSIT M. : « Les polynévrites de l'isoniazide ». Presse Médicale, 4-2-56, 64, 10, 199.
- BENHAMOU E. et TIMSIT M. : « Les manifestations mineures et majeures de l'avitaminose B 6 et leur traitement ». Concours Médical, 1956, 1, 7.
- BIEHL J. P. et VILTER R. X. : « Effect of isoniazide on vitamine B 6 métabolisme : its possible significance in producing isoniazid neuritis ». Proc. Soc. Exp. Biol. Méd., fév. 1954, 85, 2.
- BOIRON : « Polynévrites dues à l'I.N.H. ». Semaine des Hôpitaux, 1956.
- BROUET et CHRETIEN : « Incidents et accidents des médications anti-tuberculeuses modernes ». Semaine des Hôpitaux, 49-50, 1957.
- CALVARIO M. : « Carence en pyridoxine et épilepsie ». Acta Vitamologica, 1^{er} février 1958.
- COURSIN D. B. : « La carence en vitamine B 6 chez les enfants ». Am. J. Dis. Child., septembre 1955, n^o 3.
- COURSIN D. B. : « Effects of vitamine B 6 on the central nervous activity in childhood ». Am. J. of clin. Nutrition, 4, 354, 1956.
- COUSIN J. P. : « L'acrodynie infantile est-elle un syndrome carenciel ? ». J. Méd. et Chir. Pratiques, 2^e n^o, nov. 59, 24^e cahier.
- DUCHESNAY G. : « Le risque thérapeutique ». Doin, 1954.

durabolin

Phényl-propionate de 19 nor-androstenolone

FACTEUR d'ÉDIFICATION des PROTÉINES TISSULAIRES

Action prolongée

*L'anabolisant universellement
prescrit et connu dans le
monde entier.*

● EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Ostéoporoses

Asthénies physique et psychique

Etats d'amaigrissement de l'adulte et du vieillard

Convalescences

1 à 2 ampoules à 25 mg. par semaine

*L'emploi du DURABOLIN sera différé en cas de grossesse
ou de présomption de grossesse*

● EN CHIRURGIE

Traitement complémentaire du cancer du sein

Maladie post-opératoire

Escarres de décubitus

Retard de cicatrisation et de consolidation de fractures

1 à 2 ampoules à 25 mg. par semaine

Boîte de 4 Ampoules dosées à 25 mg. - P. cl 24

à 10 mg. - P. cl 12

Voie I. M. - Tableau C

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE

48, Rue de la PROCESSION PARIS 15^e



- FOURIER, MICHAUD et coll. : « Tentative de suicide par Rimifor ». Algérie Médicale, 1957.
- HUNT et coll. : « Pyridoxine dependency. report of a case intractable convulsions in an infant controlled by pyridoxine ». Pediatrics, 13. 2 : 140, 1954.
- LHERMITE : « Une étiologie des convulsions du nourrisson : la carence en pyridoxine (vit. B 6) ». Semaine des Hôpitaux de Paris (Ann. Pédiatrie), 30, n° 64, 22 oct. 1954.
- JULIEN-MARIE, A. HENNEQUET, G. HUON, P. DEBRIS, J. C. LE BALLE : « Les crises pyridoxino-sensibles du nouveau-né et du nourrisson ». Semaine des Hôpitaux de Paris (Ann. Pédiatrie), 24 avril 1959.
- MARQUEZY, BACH, CLERMONT : « Posologie de l'isoniazide chez l'enfant ». Presse Médicale, 77, 1953.
- MOLONY et PARLELE A. H. : « Convulsions chez le jeune enfant causées par une carence en pyridoxine ». J. A. MA., 30, janv. 1954, 154, n° 5.
- MORERE, SUSINI, DALLET : « Troubles neuro-psychiques et crises comitiales au cours du traitement par I.N.H. ». Maroc Médical, 351, 1953.
- NEUZIL, SENECAI et coll. : « Métabolisme du tryptophane dans le kwashiorkor ». Bulletin Médical A.O.F.
- M. PERRAULT : « Données récentes sur la vitamine B 6 ». Revue du Praticien, 1^{er} mars 1959, 7, p. 744.
- RABE E. F. et coll. : « Vitamine B 6 en pédiatrie ». AMAJ. dis. child, 92, 56.
- UNGAR J., PARKIN P. et coll. : « Effect of pyridoxine on the action of isoniazid ». Lancet, 31 juillet 1954.
- VALLAT M. et GANDOIS (Mme G.) : « Les accidents neurologiques et psychiatriques dus à l'isoniazide ». Journal de Médecine de Bordeaux, 1955, 132 bis.

LYSPAMINE-CILAG

Nicotinylamino-diphényléthane et phénobarbital

ANTISPASMODIQUE avec effet analgésique

SPASMES VASCULAIRES ET VISCÉRAUX

Remboursable par la Sécurité Sociale



LABORATOIRES LOBICA - 25, RUE JASMIN - PARIS 16^e

TUNISIE : Ets H. BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

nouveau

hypnotique

non barbiturique

HYPNAZOL

atoxique

hypnotique

non barbiturique

HYPNAZOL

atoxique

hypnotique

non barbiturique

HYPNAZOL

atoxique

hypnotique

non barbiturique

HYPNAZOL

atoxique

(o - hydroxy-phényl) 2 oxadiazole 1-3-4
(512 J. L.)

sommeil naturel
réveil agréable
usage prolongé sans effets secondaires

1 à 2 comprimés en se couchant

tube de 25 comp. sécables à 0,30 g.
sécurité sociale P. cl. 5



ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Échantillons et littératures
O. S. P. 10, rue Amilcar, TUNIS

Compte-Rendu des Journées Africaines de Pédiatrie

par Raouf BEN BRAHEM

—o—

(Dakar, le 12-17 Avril 1960)

Ces Journées ont pris le relai des Journées Nord-Africaines de Pédiatrie, élargissant ainsi la sphère des contacts à un échelon continental.

Elles ont été organisées par le Professeur SÉNÉCAL et son équipe de la Faculté de Médecine de Dakar (Mali) et placées sous la présidence du Professeur Robert DEBRÉ.

La tenue de ces travaux a été rehaussée par la participation des Professeurs LELONG, TURPIN, MANDE et LAPLANE de Paris; JEUNE et FRANÇOIS de Lyon; SARROUY, GILLOT et COMBES d'Alger; ESCARDO JANAYA et PELUFFO de Montevideo, entourés de nombreux pédiatres venus d'Afrique du Nord, d'Afrique Noire et de France.

Ces Journées ont été ouvertes solennellement le 12 avril par M. MODIBO KEITA, Président du Gouvernement de la Fédération du Mali.

Le premier orateur, le Professeur Turpin traita des « **Aberrations chromosomiques et leurs rapports avec les maladies humaines** ».

L'étude des chromosomes humains, au nombre de 46, cultivés in vitro a permis de démontrer que certaines maladies sont dues à des anomalies regressives liées à des aberrations chromosomiques.

Ainsi le mongolisme, qui est une maladie assez répandue, puisqu'on compte un nouveau-né mongolien pour environ 600 naissances. Du point de vue chromosomique, le mongolien possède un chromosome surnuméraire, soit 47 chromosomes au lieu de 46.

D'autres maladies, la polydyspondylie, le syndrome de Turner, le syndrome de Klinefelter semblent également dues à des aberrations chromosomiques.

Le Professeur Marcel Lelong fit ensuite un exposé sur les « **Infections à adénovirus** ».

Les adénovirus, désignés également sous le nom de virus APC (adéno-pharyngo-conjonctival) représentent 1/10^e de la pathologie virale.

Les manifestations cliniques observées intéressent surtout l'appareil respiratoire, parfois les conjonctives, le système lymphoïde et l'encéphalé.

Il s'agit le plus souvent d'une maladie bénigne, pseudo-grippale qui frappe la totalité de l'arbre respiratoire et simule parfois la rougeole. Son évolution ne dépasse pas 2 à 3 semaines.

Il existe de façon exceptionnelle, des formes sévères et même mortelles : la pneumonie à adénovirus, qui prend l'allure d'une broncho-pneumopathie aiguë dyspnéisante. L'examen histopathologique qui a été pratiqué dans certains cas a montré des signes pathognomoniques :

1° Une lésion constante : la nécrose, frappant le parenchyme pulmonaire et l'arbre trachéobronchique.

2° En bordure des îlots de nécrose, se trouvent des cellules caractéristiques, cellules de grande taille avec un noyau contenant une inclusion centrale, arrondie, acidophile.

Dans certains cas, on a pu isoler l'adénovirus, en préciser le type, mais la reproduction expérimentale de la maladie chez l'animal de laboratoire s'est avérée impossible.

La contagion est interhumaine, essentiellement respiratoire; la maladie évolue surtout par rafales épidémiques et ne se rencontre pas avant l'âge de 3-4 mois.

Il n'existe aucun traitement curatif de ces infections à adénovirus.

La 2^e Journée a été consacrée à la **Lutte anti-tuberculeuse**.

Elle débuta par une **Etude critique des campagnes de vaccinations de masse par le B.C.G.** faite par le **Professeur Mandé**.

Entreprises à la demande des Gouvernements, ces campagnes ont été assurées à charge commune par les organisations internationales et le Gouvernement considéré.

Le prix de revient de ces vaccinations est de 150 millimes par personne.

Cette vaccination sur une grande échelle a permis de vérifier le comportement identique, sous toutes les latitudes, dans toutes les races, des réactions à la tuberculine et à la vaccination.

Les organisations internationales insistent actuellement sur l'intérêt d'entreprendre, avant toute grande campagne de vaccination, des enquêtes systématiques selon les règles statistiques.

Le rythme préconisé pour les revaccinations est discuté : le délai de 5 ans est actuellement envisagé par les organisations internationales.

Cependant, étant donné que l'on ne vaccine pas les enfants de moins de 1 an, l'auteur insiste sur le risque de tuberculoses aiguës chez

l'enfant de moins de 5 ans et mentionne la lacune que laissent encore subsister, pour cette catégorie d'âge, les campagnes de masse dans les pays à forte endémicité tuberculeuse.

L'auteur rappelle l'intérêt des vaccins B.C.G. secs, dont le contrôle d'activité est plus aisé et qui permettent la diffusion dans des régions éloignées.

Il conseille d'utiliser dans les campagnes de masse, des réactions tuberculiques de faible degré.

Il termine sur la note d'espoir qu'offrent les résultats valables obtenus par ces campagnes de coopération internationale. Ces résultats sont encore confirmés par des études sur la morbidité tuberculeuse, faites en Angleterre.

La morbidité y est 4 à 5 fois moindre dans le groupe des sujets vaccinés.

En Allemagne de l'Est, en Rhénanie et en Basse-Saxe, les statistiques démontrent que les cas de méningites tuberculeuses sont considérablement moins fréquents chez les sujets vaccinés.

Par ailleurs, la protection vaccinale est, dans 80 % des cas, très bonne après 7 ans 1/2.

Le 2^e rapport présenté par le **Professeur Combes**, traite de la « **Vaccination par le B.C.G. en Afrique du Nord** ».

L'orateur expose le programme des vaccinations B.C.G. et fait un rappel des campagnes organisées. Le Docteur **BABEAU** mentionne quelques-uns des enseignements qu'on a pu tirer de ces campagnes et insiste sur l'importance des facteurs sociaux et de la conservation du vaccin.

Le **Docteur Couturier** rapporta ensuite l'expérience de la « **Vaccination par le B.C.G. en Afrique Occidentale** ».

La méthode actuelle mise au point par **BOIRON** utilise un vaccin congelé, desséché. Il est mélangé à la gomme arabique et s'utilise par scarification.

La tolérance, les résultats sont satisfaisants. La possibilité de généraliser dans le pays l'action entreprise à Dakar est envisagée, son prix de revient apprécié, environ 20 millions de francs C.F.A. pour le Sénégal.

Transposé en Tunisie, d'après nos calculs personnels, cette vaccination reviendrait à 70.000 dinars par an et permettra la vaccination de toute la population en 5 à 10 ans (compte tenu de la poussée démographique). C'est là, la meilleure méthode pour donner les meilleurs résultats dans un laps de temps aussi court.

Après le **Docteur Sankalé** qui fait une communication sur la « Tuberculose rurale en milieu soudanais » (Région de Gao), le **Professeur Neuzil**, traite de la « Chimio-protection de la Tuberculose ».

Le **Professeur NEUZIL** rappelle les échecs des essais de la chimiothérapie jusqu'aux 15 dernières années et leur oppose l'orientation récente de la chimio-protection de la tuberculose.

Grâce aux travaux qui ont suivi la découverte des propriétés bactériostatiques des sulfamides en 1935 par **DOMAGK**, on vit naître successivement en 1946 le P.A.S., puis les thiosemicarbazones et enfin, en 1951, l'hydrazide de l'acide isonicotinique.

La remarquable efficacité de ce dernier, l'I.N.H., a fait étudier de nombreux dérivés dont l'intérêt est ensuite discuté par le rapporteur. Puis il envisage le rôle empêchant de l'administration de bactériostatiques dans la constitution de l'immunité (expériences de **DUBOS** d'une part sur la tuberculisation des souris, et d'autre part, sur leur vaccination par du B.C.G. isoniazidorésistant). Les études récentes sur les tuberculoses isoniazidorésistantes sont enfin mentionnées.

Le **Docteur Teté** rapporte les résultats radio-cliniques de la chimiothérapie et de la chimio-prophylaxie au Centre de Phtisiologie de Dakar.

Le rapporteur insiste sur les formes anatomo-radiologiques, le mode de traitement en milieu hospitalier et les différents résultats obtenus.

Le rapporteur conclut à la supériorité manifeste de la chimiothérapie en milieu hospitalier sur la chimiothérapie ambulatoire stricte et l'intérêt de diminuer les disséminations de la maladie tuberculeuse.

Après l'exposé du **Docteur TETÉ**, le **Professeur Robert Debré** ouvre les discussions.

Après un rapide aperçu général sur l'ensemble des rapports de la journée, le **Professeur DEBRÉ** attire l'attention sur un des problèmes les plus importants actuellement : celui de déterminer le vaccin le plus stable et le plus efficace.

Le vaccin sec japonais qui répondrait à ces critères protège mal la souris et il est donc difficile de déterminer s'il est valable. La question n'est pas tranchée. L'intérêt mondial pour le B.C.G. n'a cependant fait que croître, l'inocuité en étant parfaitement démontrée. Il faut donc, et particulièrement dans les pays du Maghreb et du Sud du Sahara, étendre et généraliser cette vaccination à l'ensemble de la population jeune.

Le **Professeur DEBRÉ** insiste sur l'intérêt d'encourager les Gouvernements à une telle action de vaccination systématique.

*Pour
tout déprimé,
tout surmené,
tout neurasthénique*



TOUJOURS ACTIVE
JAMAIS NOCIVE



NEVROSTHÉNINE FREYSSINGE

6, RUE ABEL - PARIS.

TM

Quant à la chimioprotection, les essais faits à Montevideo où la tuberculose est très répandue, de distributions systématiques d'I.N.H. (avec l'eau de boisson), viseraient à traiter les malades et les primo-infectés en même temps qu'on protège les sujets sains.

Mais cette méthode n'est pas inattaquable. Les expériences de DUBOS et celles du Professeur DEBRÉ lui-même, font craindre que la maladie « étouffée » temporairement ne reprenne intensément à l'arrêt du traitement.

Dans plusieurs pays : Indes, Kenya... des essais de ce type ont été entrepris. Les résultats n'en sont pas nuls, mais des souches isoniazido-résistantes sont apparues et le Professeur DEBRÉ conclut que cette méthode aveugle a plus d'inconvénients que d'avantages.

Par contre, il préconise la chimioprophylaxie par le traitement systématique de toute primo-infection constatée par virage des réactions tuberculiniques.

La tendance actuelle des Nord-Américains est en faveur de cette méthode, réservant la vaccination au B.C.G. aux milieux les plus exposés à la contagion tuberculeuse.

Il reste indiscutable que dans les pays d'Afrique la prévention par le B.C.G. paraît l'arme la meilleure et la plus immédiatement efficace.

Puis le **Professeur Peluffo** de Montevideo mentionne son expérience de lutte contre la tuberculose en Uruguay :

- de 1900 à 1920, la mortalité par tuberculose était de 156,2 pour 100.000 habitants;
- de 1927 à 1944, elle tombe à 110 pour 100.000 habitants;
- en 1955, elle n'est plus que de 20 pour 100.000 habitants.

Cette chute remarquable est attribuée aux campagnes entreprises, la vaccination au B.C.G. touchant 80 % de la population et un dépistage systématique ayant été organisé.

Le **Professeur Mandé** reprend la parole pour attirer l'attention sur le malentendu qui semble naître à la suite de certains rapports présentés à l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'orateur précise que la chimiothérapie protège, qu'elle est un bouclier pendant le temps où elle est pratiquée, mais qu'aucune immunité ne se développe et que l'on ne peut confondre son type d'action avec celui du B.C.G.

La 3^e Journée a été consacrée à **La Protection Maternelle et Infantile**.

Le **Professeur Sénéc** envisage tout d'abord la « **Place de la P.M.I. dans la santé publique** ».

L'orateur estime qu'il faut commencer par évaluer les problèmes médico-sociaux, c'est-à-dire juger des besoins non de l'individu seulement, mais de l'ensemble de la population, essayer de les satisfaire non théoriquement, sur le papier, mais de façon pratique, réaliste, en tenant compte des possibilités. Celles-ci étant inférieures aux besoins, il faut établir un ordre d'urgence, faire un choix, dresser un plan.

Selon SÉNÉCAL, les services essentiels doivent être :

- L'hygiène de la maternité et de l'enfance;
- La lutte contre les maladies transmissibles;
- L'assainissement;
- L'enseignement des données statistiques;
- L'éducation sanitaire de la population;
- Le service d'infirmières visiteuses d'hygiène;
- Les soins médicaux.

La santé des mères et des enfants dépend étroitement de l'état social, économique et culturel du pays tout entier.

Dans les pays en voie de développement, il faut préconiser l'intégration de la P.M.I. dans les services de Santé Publique. La portée d'action des Centres d'hygiène maternelle et infantile est limitée dans les régions rurales dépourvues de services fondamentaux d'assainissement et de lutte contre les maladies. La P.M.I. doit être faite par les médecins, sages-femmes et auxiliaires déjà en place et non par un personnel spécialisé (sauf dans les grands Centres urbains).

R. Lecannelier et P. Bourgoïn étudient l' « **Influence de la dysgravide et de la dystocie sur la mortalité périnatale à la Maternité Africaine de Dakar** ».

Les dystocies sont causes de décès dans près de la moitié des morts-nés. La prématurité tient également une place importante. Mais les auteurs soulignent le fait qu'ils n'ont pas relevé de morts par incompatibilité RH.

Le **Docteur J. Etiffier** présente une étude sur la « **Mortalité et la Morbidité de l'Enfance en Afrique Noire** ».

Elle souligne les points suivants :

1° Au Sénégal, plus de la moitié de la mortalité générale, est représentée par les enfants de moins de 15 ans.

2° Par ailleurs, plus de 4 morts sur 10 se produisent avant 3 ans.

Des enquêtes partielles ont révélé des taux de mortalité infantile de :

- 170 pour 1.000 dans les zones urbaines;

— jusqu'à 220 pour 1.000 dans les zones rurales.

Fait particulier, on note une espèce de « rebound », une augmentation du taux de mortalité entre 2 et 3 ans.

Les principales maladies sont : les diarrhées, la malnutrition protéique, la tuberculose, le paludisme, le tétanos ombilical (très fréquent), la lèpre, la syphilis congénitale, le Pian, la Bilharziose et le trachome.

En conclusion, l'orateur insiste sur la nécessité de statistiques démographiques et sanitaires assez précises et sur l'importance de la prévention, car l'éradication serait très coûteuse.

Le **Docteur Raffi** parle ensuite de l' « **Evaluation des moyens et résultats de la P.M.I. en Algérie** ».

Après un rappel historique, il étudie les moyens de P.M.I. et souligne leur insuffisance en milieu rural.

Quant aux résultats, il note que l'Algérie est sortie de la période des grands fléaux sociaux et que la pathologie tend à se rapprocher de celle du Midi de la France.

Il rapporte par ailleurs des taux de mortalité infantile :

— 182 pour 1.000 en 1951;

— 143 pour 1.000 en 1955;

et annonce que de nombreux projets sont en voie de réalisation.

Le **Docteur Lily Aubry** nous entretient de l' « **Education de la femme africaine** » :

« On a pu dire que le but de l'éducation sanitaire est d'apprendre à vivre. »

En Afrique Noire, il faut avoir une connaissance assez approfondie de l'éducation traditionnelle qui garde encore une empreinte assez puissante.

L'éducation sanitaire doit se faire au cours des consultations, des séances de vaccinations, des démonstrations pratiques d'hygiène corporelle et surtout alimentaire, des visites à domicile et aussi à l'hôpital.

L'éducation de masse doit utiliser des techniques d'éducation assez simples, doit être faite par des auxiliaires surveillées par un personnel qualifié et enfin, doit s'assurer le concours des associations de jeunes.

Le **Docteur Corrèa** étudie le problème des « **Consultations prénatales** », sous leurs différents aspects social, juridique et surtout technique. Il souligne également l'intérêt et la place des consultations prénatales dans la Santé Publique.

Le Docteur Wade Fodé parle ensuite de l' « Organisation de l'activité en faveur de la mère et de l'enfant au Sénégal ».

Il rapporte des taux de mortalité infantile : 200 pour 1.000 entre 1 mois et 12 mois, 280 pour 1.000 décès entre 1 et 5 ans.

Outre l'important Centre principal de P.M.I. de Dakar (que nous avons eu l'occasion de visiter et dont l'activité est remarquable du point de vue qualitatif et « quantitatif »), on note 4 autres Centres à Dakar même et 2 en banlieue.

Dans 8 villes principales il existe des Centres de P.M.I. primaires et 68 autres secondaires, postes moins importants intégrés dans des formations sanitaires existantes.

Il faut souligner enfin, les étroites relations avec les Ecoles d'Infirmières de la Santé Publique. Celles-ci éduquent, par exemple, les matrones qui sont utilisées pour les accouchements.

Cette journée se termine par 2 exposés du Docteur Ben Brahem qui sont relatés dans ce numéro.

La dernière Journée a été consacrée aux problèmes des Diarrhées Infantiles.

Cette affection représente une des principales causes de mortalité infantile dans les pays en voie de développement.

« La place des diarrhées en pathologie infantile » fut précisée par le Professeur J. Sénécal.

Dans nos pays, les diarrhées infantiles ont un triple intérêt :

1° Etiologique : diarrhées infectieuses, mais aussi nutritionnelles et parasitaires.

2° Thérapeutique : la réhydratation rationnelle visant à corriger les désordres métaboliques est compliquée dans nos pays par les facteurs de sous-alimentation et de déséquilibre alimentaire qui créent un terrain tout à fait spécial.

3° Social, à savoir : que le problème le plus important semble-t-il, à côté de la thérapeutique curative, est, dans nos pays, le côté préventif, qui fait que les diarrhées infantiles, par leur fréquence, leur gravité, constituent un problème de Santé Publique qui n'a peut-être pas retenu toute l'attention voulue.

L'orateur analyse ensuite quelques courbes de la mortalité et de la morbidité par diarrhée dans différents pays d'Amérique. Cette analyse montre entre autres choses, que si l'on considère les résultats par groupe d'âge on voit que :

1° Il n'y a pas de grandes différences entre les taux de mortalité infantile par diarrhée au cours de la première année dans les différents pays américains.

2° La différence est plus importante dans le cas de la mortalité entre 1 et 4 ans, entre les U.S.A. et le Canada d'une part, et les pays d'Amérique Latine (sous-développés) d'autre part.

Ceci démontre un principe de Santé Publique bien établi, à savoir, que l'élévation du niveau de vie est susceptible de faire baisser plus facilement la mortalité entre 1 et 4 ans qu'au cours de la première année.

Le **Professeur Sénécal** donne ensuite les définitions de la diarrhée telles qu'elles ont été adoptées par l'OMS à Genève en octobre 1958 :

— **Enfants de 0 à 2 ans :**

Selles molles ou liquides, au nombre de 3 ou plus dans les 12 heures, ou 1 selle molle ou liquide contenant du sang, du pus, ou du mucus.

— **Personnes de 3 ans et plus :**

Selles molles ou liquides, au nombre de 2 ou plus dans les 12 heures, ou 1 selle molle ou liquide contenant du sang, du pus, ou du mucus.

Le problème des « **Diarrhées Infectieuses** » est analysé par les **Docteurs Hamza, Huet et Jedidi** (analyse qui est rapportée dans ce numéro).

« **Les Diarrhées Nutritionnelles** » firent l'objet d'un rapport présenté par **Dupin, Thiannar-N'Doye et Dan**.

La première partie de l'exposé fut consacrée aux diarrhées avec stéatorrhée importante par troubles de la digestion des aliments ou par troubles de l'absorption intestinale :

— Maladie fibro-kystique du pancréas.

— Maladie cœliaque.

— Certaines entérocolopathies chroniques, la sprue et les stéatorrhées liées à une lésion organique hépatobiliaire, pancréatique ou intestinale.

Dans la deuxième partie les auteurs étudient les diarrhées provoquées par une alimentation incorrecte, déséquilibrée ou carencée. Il leur semble, par ailleurs, que le rôle éventuel d'un excès de cellulose dans l'alimentation, l'action de certains aliments irritants (tels piments et condiments) et le parasitisme intestinal ne soient pas à négliger.

Le **Docteur Jeanne Delon** rapporte son expérience marocaine des « **Parasitoses Intestinales** ».

Les études statistiques, bien que fragmentaires, montrent une infestation considérable de l'enfant marocain.

ANDROTARDYL-CESTRADIOL

(cénanthate de testostérone + valérianate d'œstradiol)

*traitement équilibré des troubles
de la*

Ménopause

l'injection mensuelle supprime :

**les troubles neuro-végétatifs
les troubles psychiques
les troubles trophiques**

Littérature et échantillons :

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS
13, rue Miollis — PARIS (XV) — SUFFren 54-94

TUNISIE — R. FALDINI : 6, Rue d'Avignon — TUNIS

En milieu scolaire de Fez :

- 68 % d'ascaridiose;
- 40 % de tricocéphales;
- 14 % d'amibes dysentériques.

Dans le Nord du Maroc, le taux d'infestation est inférieur, sauf en ce qui concerne les Giardias (32,8 %).

L'infestation dans les villes est plus importante. En ce qui concerne la morbidité animale par kyste hydatique, la statistique de ZOTTNER, en 1951 aux abattoirs de Casablanca, montre une infestation considérable :

- 23 % des moutons;
- 43 % des bœufs;
- 100 % des chameaux.

Le pourcentage des kystes hydatiques chez l'enfant par rapport à ceux des adultes est important : 21 % des cas selon GÉOFFROY en 1957.

Enfin l'auteur insiste sur le polyparasitisme et le caractère particulier des troubles intestinaux par parasitoses chez des enfants souvent malnutris et dyspeptiques.

Le **Professeur Larivière** consacre son rapport à la « **Thérapeutique des Parasitoses intestinales** ».

Il souligne l'importance dans le traitement de l'ankylostomiase, à côté, du tétrachlorethylène (Didakène), de l'hydroxynaphtoate de déphénium (ou Alcopar). Notre expérience à l'Hôpital Habib Thameur confirme ces données déjà connues.

D'autres parasites sont passés en revue :

Ascaridiose : pipérazine.

Oxyurose : pipérazine, oxytétracycline.

Trichocéphalose : Dithiazine (Deselmine).

Taeniasés : semences de courge, étain, antipaludiques de synthèse.

Amibiase : Emetine - Conessine - Glaucacaroubine, association Spiramycine - Diphetarsoné.

Lambliaze : Atebrine (Quinanine).

Dans un exposé, d'une concision remarquable, le **Docteur Celers** traite des « **Diarrhées à virus** ».

Plusieurs auteurs ont en effet soupçonné les virus d'être volontiers à l'origine des diarrhées épidémiques pour lesquelles les recherches étiologiques les plus soigneuses restent vaines. Les épisodes diarrhéiques d'origine inconnue sont en effet extrêmement fréquentes (+ de

50 % des cas). Pour incriminer le rôle pathogène des entérovirus (très répandus), il faut se baser sur une analyse très stricte :

- isolement;
- apparition ou ascension du taux des anticorps;
- notion d'épidémie.

Les virus respiratoires (surtout myxovirus, adénovirus) et le virus de l'hépatite épidémique peuvent être causes de diarrhées. Mais l'oratrice insiste sur le fait que le problème étiologique des diarrhées virales est loin d'être résolu. Il faut se garder de l'engouement car, malgré les progrès techniques, les résultats sont fragmentaires et ne permettent pas de conclure quant à l'importance de l'étiologie virale.

Le Professeur Agrégé Gillot expose le « **Traitement des Diarrhées à l'Hôpital** ».

Après avoir donné les conditions d'un équipement idéal : laboratoires, personnel qualifié, blocs d'hospitalisation, l'orateur consacre l'essentiel de son rapport au problème de la **rehydratation** dans les diarrhées graves.

Selon les auteurs, les avis diffèrent sur le mode d'administration, la qualité des liquides à administrer et surtout sur la nécessité ou l'utilité d'adapter cette rehydratation aux troubles biochimiques.

Selon l'importance plus ou moins grande des examens de laboratoire, le rapporteur distingue :

- la rehydratation dirigée;
- la rehydratation non dirigée;
- la rehydratation semi-dirigée.

1° La **rehydratation dirigée** est basée sur la correction la plus rapide et la plus minutieuse possible des perturbations de l'équilibre hydro-électrique du plasma.

Elle nécessite une organisation idéale de jour et de nuit.

Après les études de LAMY et de JULIEN-MARIE, 2 grandes Ecoles de Pédiatrie, en France, ont adopté systématiquement, depuis 10 ans, cette méthode : Lyon et Montpellier.

Malgré quelques différences de détail les 2 Ecoles sont d'accord sur quelques points :

- la quantité totale de liquide à perfuser dans les 24 heures;
- l'urgence à corriger le pH;
- l'opportunité de ne corriger les pertes d'ions intracellulaires (K et Ca) que dans le 2^e temps de la perfusion, sauf urgence spéciale.

Les méthodes des 2 Ecoles sont analysées dans le détail.

2° **La rehydratation non dirigée.** Selon LEVESQUE (Paris), le but de la rehydratation est de lutter contre la perturbation de la circulation viscérale et le collapsus (surtout le collapsus cérébral). De façon schématique, peu importe le liquide, l'essentiel est l'injection intra-veineuse pourvu qu'elle soit exécutée à temps et convenablement.

Il serait vain de se baser sur la situation des divers compartiments hydriques de l'organisme, car cette situation est trop mouvante.

Les désordres électrolytriques doivent être corrigés après le premier jour, une fois la circulation rétablie. Les Ecoles de Marseille et d'Alger adoptent également cette ligne de conduite.

3° **La rehydratation semi-dirigée** se situe à mi-chemin, et tient compte des difficultés à avoir des résultats rapides et complets du laboratoire. Il s'agit d'une position intermédiaire « conciliant (selon LESTRADET), le maximum de sécurité avec le minimum de dosages biologiques ». Le Professeur GILLOT propose de l'appeler : rehydratation semi-dirigée. Ce terme est critiqué par le Professeur JEUNE (de Lyon).

Les Professeurs LELONG et JOSEPH ont adopté depuis 1952 une méthode qui se base au début sur l'anamnèse et les signes cliniques pour amorcer la rehydratation, la correction électrolytrique se faisant dans un 2^e temps.

LESTRADET part du principe que l'analyse d'un ionogramme plasmatique ne renseigne en réalité dans les premières heures qu'imparfaitement sur l'état intracellulaire.

« C'est, dit-il, regarder dans la rue pour essayer de savoir ce qui se passe dans les maisons ».

Dans les 24 premières heures, il faut lutter contre le collapsus circulatoire qui entraîne une inhibition transitoire du fonctionnement rénal. Il ne faut faire, alors, que des examens simples :

— Dans les urines : diurèse, corps cétoniques, sucre, calcium, albumine.

— Dans le L.C.R. : Δ , urée, Na, Cl.

Il faut perfuser des solutions en tenant compte de ces examens simples. A la fin des 24 premières heures, si l'état est amélioré, reprendre au plus vite la rehydratation buccale, sinon faire un ionogramme plasmatique complet pour lutter avec précision contre les différents désordres électrolytriques et protidiques.

En conclusion, l'idéal serait une rehydratation dirigée aussi strictement que possible, les résultats remarquables du Professeur JEUNE (mortalité quasi nulle) en témoignent.

Cependant, dans nos contrées où les diarrhées avec déshydratation graves sont les plus fréquentes, l'organisation idéale, bioclinique fait défaut. Les rehydratations semi-dirigée ou non dirigée sont les seules possibles.

Le **Professeur Sénégal**, ses élèves **Agbessy** et **Dan** abordent ensuite la « **Rehydratation en zone tropicale** ». Nous sommes loin, disent-ils, des 2 % de mortalité du **Professeur JEUNE**. La mortalité par toxicose à l'Hôpital de Dakar est de 61 %.

L'influence du climat, l'ignorance de la population, la pénurie de personnel qualifié, l'association d'autres maladies (kwashiorkor, poly-parasitose, etc...), entraînent souvent un état de sous-nutrition qui grève lourdement le pronostic.

Les auteurs utilisent de grandes quantités de liquide (200 ml/kg) par voie sous clavière d'Aubaniac.

Le problème le plus épineux qu'ils évoquent est celui de la déshydratation aiguë chez un carencé protidique gonflé d'œdèmes.

Le **Docteur SANKALÉ**, dernier orateur, expose sa technique de rehydratation en climat soudanais, insiste sur l'administration systématique de quinoforme, sur la fréquence de l'étiologie otitique au Soudan, sur la rehydratation par voie tibiale avec corticothérapie.

Au terme de cette Journée sur les Diarrhées Infantiles, l'impression générale, remarquablement dégagée par le **Professeur LAPLANE**, est qu'il est assez difficile de comparer ces différentes méthodes de traitement.

Les variations dans le taux de mortalité :

- 2 % à Lyon,
- 20 % à Alger,
- 30 % à Tunis,
- 60 % à Dakar,

sont expliquées par les différences d'équipement sanitaire, par les facteurs sociaux, économiques, climaturiques.

En conclusion : Prévention, amélioration du niveau sanitaire sont les deux idées maîtresses qui se sont dégagées de ces Journées Africaines de Pédiatrie. Ce sont les deux problèmes majeurs qui domineront la médecine de nos pays dans les années à venir.

En marge de ces travaux, il nous plait de rapporter ici, l'accueil chaleureux qui nous a été réservé et les liens qui se sont tissés entre les médecins tunisiens et leurs confrères du Mali.



Que la nuit est longue...
sans

NEURINASE

VALÉRIANE STABILISÉE + BARBITAL A DOSE FAIBLE
ADULTES SOLUTION : 1 à 4 c. à c. ou **COMPRIMÉS** **ENFANTS** 1 à 2 DRAGÉES
 SUPPOSITOIRES "A" : 1 ou 2 au coucher ou SUPPOSITOIRES "E" } PAR 24 h.

LABORATOIRES GÉNÉVRIER, 45, Rue M.-Michelis, NEUILLY (Seine)

TUNISIE — Ets H. BONAN et Cie : 34, Rue de Marseille — TUNIS

TABLETTES GAVED - (S)

au Suc de Réglisse déglycyrrhizinisé

— 0 —

TRAITEMENT DES GASTRITES, GASTRITES SURAJOUTEES,
GASTRITES MEDICAMENTEUSES.

PROTECTION DE LA MUQUEUSE GASTRIQUE
CONTRE LES INCIDENTS DIGESTIFS
PROVOQUES PAR LES ANTI-INFLAMMATOIRES

Laboratoires de l'AMBRINE : 22, Rue Perceval, Paris-14^e

TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Avenue de Londres — TUNIS

ANALYSE**Les Pancréatites Chroniques de l'Adulte**par les D^{rs} H. SARLES et H. MERCADIER

—o—

Le travail de ces auteurs fait le point sur une question restée confuse malgré les nombreuses publications antérieures. Il aide le médecin aussi bien que le chirurgien à une meilleure compréhension de la pathologie externe de cette glande que l'on invoquait il y a encore quelques années pour ne faire qu'un diagnostic d'exception.

Ce pancréas exocrine est donc passé du stade expérimental à un stade clinique, radiologique et thérapeutique à la portée du médecin spécialisé et du chirurgien averti de cette pathologie particulière.

Le travail de ces auteurs comprend plusieurs chapitres d'inégale longueur.

I. — PHYSIOLOGIE DU PANCREAS EXOCRINE

C'est un rappel indispensable pour comprendre les principes des explorations biochimiques.

Elle comprend :

- 1° L'étude du suc pancréatique, de ces constituants, des différents enzymes : protéolytiques, estérases, lipases et carbohydrases;
- 2° L'étude des différents stimuli et de la régulation sécrétoire du pancréas externe;
- 3° L'étude des voies excrétrices du pancréas externe.

La physiologie du pancréas endocrine bien qu'intéressante est peu invoquée et dépasse le cadre de la question que se proposent d'étudier les auteurs.

II. — ETHIOPATHOGENIE DES PANCREATITES CHRONIQUES

Les auteurs battent en brèche les deux théories qui paraissent les mieux établies :

1° « La pancréatite chronique récurrente », théorie anglo-saxonne qui fait de la pancréatite chronique l'aboutissement d'attaques répétées de pancréatites aiguës interstitielles ou hémorragiques; théorie nullement démontrée et en contradiction avec leurs propres observations.

2° « Le dogme du reflux de bile dans les canaux pancréatiques ». C'est d'après eux, une généralisation abusive d'une conception théorique mal

fondée qui a entraîné des actes thérapeutiques souvent inefficaces (section de la papille). Donc pour eux, rôle limité de reflux biliaire dans les canaux pancréatiques.

3° Ils reprennent une à une les causes des pancréatites :

- Rôle de l'obstruction des voies excrétrices : oui, dans certains cas;
- Rôle des facteurs nutritionnels : très limité;
- Théories nerveuses insuffisantes;
- Rôle de l'allergie : exceptionnel;
- Lithiase biliaire : n'est pas une cause suffisante dans la pancréatite chronique comme d'ailleurs l'ulcère gastro-duodéal;
- Rôle peu démontré, mais suspecté parfois des causes infectieuses.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° La pancréatite calcifiante :

Les auteurs retiennent de leurs biopsies :

- la fréquence de l'hypertrophie de l'organe;
- la dilatation de la voie principale;
- la conservation d'une partie du tissu exocrine malgré une sclérose marquée.

La dilatation des petits canaux et acinis, et surtout dans les canaux et les acini-kystes des « bouchons » muco-protéiques qui semblent être le substratum des calcifications.

2° Les scléroses évolutives sans calcification, ni oddite :

Ici mutilation et inflammation du parenchyme plus importante et absence de ces « bouchons » muco-protéiques.

3° Les pancréatites secondaires :

- à une papillite;
- à un cancer du carrefour pancréatico-duodéal;
- à une cause infectieuse;
- à des carences ou troubles métaboliques.

IV. — ETUDE CLINIQUE

Il n'existe pas un tableau unique de la pancréatite chronique récidivante comme on le pensait, mais plusieurs types :

1° Les pancréatites calcifiantes :

Nouveau diurétique non mercuriel
actif par voie orale

Diurzilix

CHLOROTHIAZIDE

- Augmente d'une façon rapide, puissante et constante, l'élimination du chlore, du sodium et de l'eau.
- Abaisse la tension artérielle chez les hypertendus (seul ou en association avec les hypotenseurs classiques).

2 indications majeures

ŒDÈMES

- Insuffisances cardiaques.
- Syndrome néphrotique.
- Tension prémenstruelle.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

- Hypertension légère ou modérée.
- Hypertension sévère ou maligne (en association avec les hypotenseurs classiques).
- Hypertension gravidique (en association avec le Diamox).

Posologie

0,50 g à 2 g par jour (1 à 2 comprimés une à deux fois par jour), le plus souvent en cures discontinues

Présentation

Flacon de 20 comprimés dosés à 0,50 g de chlorothiazide



THÉRAPLIX

93, rue de Sèvres, Paris 7^e - Tél. : SÉgur 13-10

AGENCES THÉRAPLIX POUR L'AFRIQUE DU NORD

TUNIS : 13, Avenue du Ghana

ALGER : 100, Rue Michelet

CASABLANCA : 103, Rue Dumont d'Urville

- la douleur, épigastrique, médiane transfixiante, sans horaire précis, de longue durée habituellement, jusqu'à 24 heures parfois, et survenant par crises isolées ou récidivantes;
- l'amaigrissement, signe le plus constant;
- l'ictère, incomplet et parfois fugace;
- le diabète retrouvé 1 fois sur 3.

En résumé, symptomatologie assez pauvre et pas spécifique.

2° Les scléroses pancréatiques sans calcification, ni oddite :

Les signes cliniques sont les mêmes bien que moins typiques que dans la pancréatite calcifiante.

3° Les pancréatites chroniques secondaires à un obstacle oddien, les papillites :

Ici la séméiologie des pancréas de stase est une séméiologie biliaire.

Le diagnostic différentiel reste à faire avec :

- les pancréatites aiguës : aisées;
- le cancer du pancréas : très ardu au début;
- les pseudo-kystes : extra-pancréatiques;
- les maladies biliaires et l'ulcère gastro-duodéal : relativement plus faciles.

V. — RADIOLOGIE DES PANCREATITES CHRONIQUES

1° Examen sans préparation de l'aire pancréatique.

Les clichés pris sous des angles déterminés peuvent montrer les calcifications ou calculs du pancréas qui sont les seuls signes de certitude.

2° L'examen gastro-duodéal méprisé souvent fournit chez les 3/4 des malades un diagnostic de certitude. Signalons la duodéno-graphie hypotonique qui est une variante de l'examen gastro-duodéal classique, qui ralentit le péristaltisme duodéal pour permettre un bon moyen d'investigation des 2, 3 et 4 portions du duodénum.

Les épreuves à la morphine (de PORCHER), à l'atropine-calcium, à la probanthine aboutissent aux mêmes résultats.

Meilleure opacification de l'antra et stagnation de la baryte dans le duodénum.

Signalons enfin, l'insufflation gastrique et la mesure de l'espace rétro-antral prévertébral.

3° Examen des voies biliaires, toujours indispensable et à intérêt double :

- pour mettre en évidence une maladie biliaire responsable parfois de la pancréatite;
- pour indiquer parfois la conduite thérapeutique.

4° La splénoportographie : Cette méthode d'exploration consiste à opacifier le système veineux porte par injection d'un produit de contraste iodé dans le parenchyme splénique par ponction transpariétale. Elle révèle le retentissement de la pancréatite sur la veine splénique ou le tronc-porte par compression ou pyléphlébite. Les renseignements sont précieux dans les cancers et les pancréatites compliquées d'hémorragies digestives.

Résultats des explorations radiologiques :

- 1° les calcifications pancréatiques;
- 2° les refoulements ou compressions par le pancréas malade :
 - sur l'estomac : rares dues aux kystes du pancréas;
 - sur la grande courbure : plus communes;
- 3° l'élargissement et arrondissement du cadre duodénal à interpréter avec prudence;
- 4° les aspects radiologiques du premier duodénum étiré et enraidissement des 2, 3 et 4 portions du duodénum;
- 5° les déformations les plus caractéristiques des voies biliaires;
- 6° l'étude radiologique des voies excrétrices du pancréas

VI. — EXPLORATION FONCTIONNELLE DU PANCREAS

Parmi les diverses méthodes que décrivent longuement les auteurs, trois sont à retenir :

- 1° Le tubage duodénal :
 - avec test à la sécrétine, pour le volume biliaire et mesure des bicarbonates;
 - avec dosage de la lipase sur le suc duodénal, sans injection de sécrétine.

L'insuffisance pancréatique est significative si l'indice lipasique est inférieur à 10 unités.

2° La modification de la glycémie : Si on connaît des cas d'hypoglycémie accompagnant les pancréatites, on retrouve plus fréquemment une diminution de la tolérance glucidique d'où tout l'intérêt de l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée.

3° La recherche de la stéatorrhée, plus complexe qu'on ne le croit et qui n'apparaît malheureusement que dans les insuffisances graves à indice lipasique inférieur à 15 unités.

VII. — TRAITEMENT

1° Médical : souvent insuffisant. A la sécrétine et aux extraits pancréatiques il faut préférer le drainage biliaire qui peut donner parfois des résultats.

2° Chirurgical : méthodes particulièrement nombreuses :

a) **Méthodes indirectes :**

- les interventions gastriques pour diminuer la sécrétion pancréatique en diminuant la sécrétine qui est provoquée par le chyme gastrique acide sur la muqueuse duodénale;
- les interventions biliaires basées sur la coexistence de lésions associées;
- les interventions nerveuses possibles, mais peu appliquées.

b) **Méthodes directes :**

- les sphinctérectomies;
- les pancréato-lithotomies;
- les dépletions et dérivations des canaux pancréatiques;
- les pancréatectomies.

Suivent ensuite les techniques opératoires et les indications propres à chaque type de pancréatite chronique. Les auteurs donnent leur statistique et les résultats des 80 cas étudiés.

CONCLUSION

Henri SARLES et Maurice MERCADIER présentent un travail médico-chirurgical précis, didactique, d'une question longtemps méconnue qui était l'apanage de rares spécialistes qui se sont penchés sur ce pancréas exocrine.

Ils ont contribué — et là est tout leur mérite — par un travail laborieux, objectif, émaillé d'observations bien choisies et de conclusions judicieuses à mettre à la portée du praticien une des questions des plus confuses de la pathologie digestive.

A. SAFFAR.

Société Tunisienne des Sciences Médicales



REUNION DU DIMANCHE 10 AVRIL 1960

Communications :— **Pédiatrie :**

MM. RAZGALLAH, ZAOUÏ, BONO : « Tétanos Ombilical ».

— **Endocrinologie :**

MM. Naceur HADDAD, VAIEDELICH et Charles ZERAH : « Le Coma myxœdémateux. Relation d'un cas guéri ».

— **Pneumo-Phthisiologie :**

MM. KAROUI, SFERLAZZA, BONO : « Premiers résultats du traitement de l'asthme de l'adulte par une combinaison d'histamine et de gamma-globulines ».

MM. KAROUI, SFERLAZZA, BONO : « Premiers résultats du traitement de la Tuberculose pulmonaire par l'Ethionamide (Trecator) ».

MM. KAROUI, SFERLAZZA, BONO : « De l'intérêt du traitement chirurgical des staphylococcies pleuro-pulmonaires ».

— **O. R. L. :**

M. Léon MOATTI : « L'extraction des corps étrangers des voies aériennes par voie trachéale basse ».

— **Cœur et Vaisseaux :**

M. Abdelmajid CHARRAD, Mme Monique THONIER et M. THONIER : « Maladie de Klipper Trenaunay ».

MM. Abdelmajid CHARRAD, MESTIRI, Mohamed FOURATI, SEROPIAN et MICHAUD : « Remarques à propos d'une première série de 25 commisurotomies mitrales ».

M. Mahmoud BEN NACEUR : « Etude statistique, clinique et électrique du rétrécissement aortique orificiel ».

Film (couleurs) — M. Zouhir ESSAFI : « Traitement d'un anévrisme de l'artère carotide primitive gauche par prothèse au Teflon sous shunt temporaire ».

— **Foie et Voies biliaires :**

MM. Zouhir ESSAFI, Nejib MOURALI : « Une étiologie rare d'ictère chronique par rétention : le rétrécissement congénital du cholédoque ».

MM. MESTIRI, JAVELAUD, Mohamed FOURATI : « Les kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires ».

— **Neurologie :**

MM. Hédi RAIS et Sleïm AMMAR : « Un cas d'Argyll - Robertson d'origine traumatique ».

— **Rhumatologie :**

MM. MESTIRI, JAVELAUD, MICHAUD et SEROPIAN : « A propos de six observations de Hernies discales opérées ».

— **Estomac :**

MM. MESTIRI, HADJERI et SEROPIAN : « Les brûlures œsogastriques par ingestion de caustiques ».

— **Divers :**

M. Charles PEREZ : « Le « Cycle Glycémique » vis-à-vis de l'hyperglycémie provoquée et de la glycémie à jeun ».

MM. Nejib MOURALI et Ali SAIDI : « Deux cas de Kyste hydatique du Psoas ».

colimycine



*Le plus puissant
des antibiotiques
contre les germes Gram
négatifs*

infections gastro-intestinales

COMPRIMÉS

250.000 U. flacon de 30

P. cl. 26

1.500.000 U. flacon de 10

P. cl. 50

infections générales

AMPOULES

500.000 U.

P. cl. 5

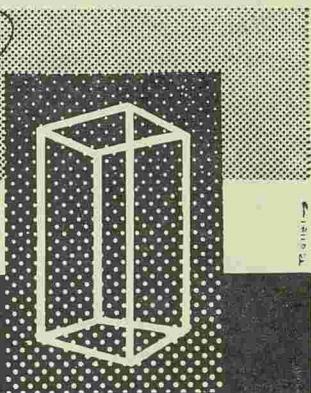
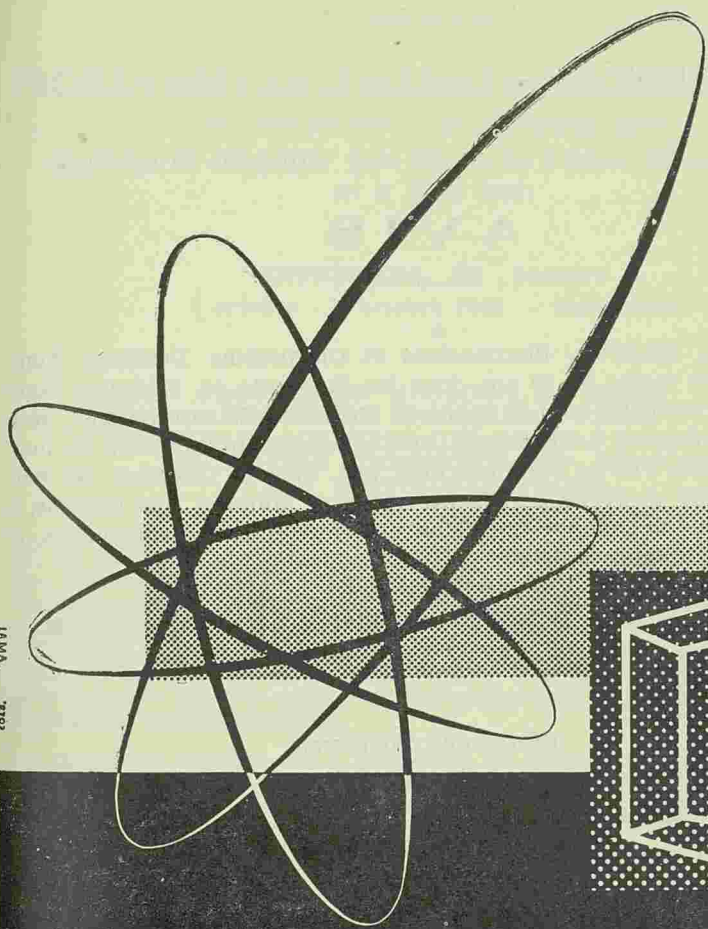
1.000.000 U.

P. cl. 8

Laboratoire
ROGER BELLON
Neuilly - Paris



6048. VVVVT



TECHNIP



DRAGÉES

FLACON DE 16 DRAGÉES

DE CHLORHYDRATE DE
TÉTACYCLINE à 0,250 g



COMPRIMÉS

FLACON DE 10 COMPRIMÉS
SÉCABLES

DE CHLORHYDRATE DE
TÉTACYCLINE à 0,100 g



POUDRE

FLACON DE 25 g
UNE MESURE = 50 mg
de Chlorhydrate de Tétracycline

AU CHLORHYDRATE DE
TÉTACYCLINE à 4 %

REMBOURSE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
AGRÉE PAR L'A.M.G. LES HOPITAUX
ET LES COLLECTIVITÉS P.C. 24 7 ET 8

Sarbach

CHATILLON-SUR-CHALARONNE - AIN - Tél. 24 et 25

INFORMATIONS

Tunis, le 20 août 1960.

A V I S

— 0 —

Tous les Médecins, Pharmaciens et Chirurgiens Dentistes Tunisiens âgés de moins de 50 ans, tous les Etudiants en Médecine Tunisiens ayant accompli leur 5^e année de Médecine (20 inscriptions), résidant en Tunisie ou à l'Etranger, sont expressément invités à se mettre en rapport, s'ils ne l'ont pas déjà fait, avec la Direction des Services Sanitaire et Social de l'Armée (Hôpital Militaire d'El-Omrane, à Tunis) en vue de remplir une fiche personnelle de renseignements, et cela dans les moindres délais.

Le Secrétaire d'Etat à la Défense Nationale.

— 0 —

RÉPUBLIQUE TUNISIENNE

SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE PUBLIQUE
ET AUX AFFAIRES SOCIALES

N° SESP. AS/3991/PHARM. S.

Tunis, le 10 août 1960.

Monsieur le Président du Conseil
de l'Ordre des Médecins.Inscription de la spécialité pharmaceutique
SUPPOLOSAL dans la liste des produits du Tableau B.

La spécialité pharmaceutique « SUPPOLOSAL » à base de chlorhydrate de péthidine était jusqu'à ce jour en vente libre dans les Pharmacies de Tunisie, mais la consommation étant en augmentation constante, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir avertir vos confrères que cette forme de médicaments sera soumise à dater de ce jour à la législation des substances toxiques du tableau B.

PROGRAMME des SEMAINES MÉDICALES de PARIS

30 SEPTEMBRE - 14 OCTOBRE 1960

(Suite au Calendrier paru dans « LA TUNISIE MÉDICALE »,
N° 3, Mars 1960)

ENTRETIENS DE BICHAT

2 octobre - 9 octobre 1960 — Salpêtrière

—o—

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS
ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS
COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX DE PARIS
ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MEDICAL
DES HOPITAUX DE PARIS

Les « Entretiens de Bichat » de 1960 se tiendront à la Salpêtrière, 47, bd de l'Hôpital, Paris-13^e, dans le Grand Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières et à la Salle des Conférences, sous la direction des Professeurs Guy LAROCHE et L. JUSTIN-BESANÇON, et des Médecins, Chirurgiens et Spécialistes de l'Hôpital Bichat. Dans le cadre du Calendrier de la Semaine Médicale de Paris, les « Entretiens de Bichat » 1960 ont été répartis suivant les horaires traditionnels, permettant aux praticiens de choisir, selon leur convenance, les « Entretiens » qui les intéressent particulièrement.

Les trois volumes des « Entretiens de Bichat » (Médecine, Chirurgie et Spécialités, Thérapeutique) sont mis en distribution dès le début de septembre 1960.

FACILITES DE TRANSPORT A LA SALPETRIERE

(47, bd de l'Hôpital)

- **Métro** : Station « Austerlitz ». Ligne directe pour la Faculté (Station « Odéon ») et la Nouvelle Faculté (Métro Saint-Germain-des-Prés ou Mabillon) ainsi que les principaux hôpitaux de Paris.
- **Autobus** : Nombreuses lignes desservant la Faculté (63) et les Hôpitaux de Paris.
- **Trains** : Gare d'Austerlitz, Gare de Lyon. (Une remise de 20 % sur les prix de transport en chemin de fer sera accordée aux Auditeurs qui en feront la demande. S'adresser au Club Médical du Livre, 174, boulevard Saint-Germain, Paris-6^e.)

Le stationnement des autos des Auditeurs est garanti dans l'enceinte même de la Salpêtrière.

ENTRETIENS DE THERAPEUTIQUE

Vendredi 7 octobre, de 8 h. à 20 h. — Salpêtrière

ECOLE DES INFIRMIERES DE L'A. P.

Une série d'Entretiens de Thérapeutique qui ont fait l'objet d'une édition spéciale sous forme d'un volume grand format, publié à l'occasion des « Entretiens de Bichat », sera présentée. La liste de ces Entretiens est donnée dans le programme joint.

Les auteurs présenteront leurs sujets sur lesquels la discussion sera ouverte à tous les praticiens. Des Entretiens Médico-pharmaceutiques offriront cette année une formule nouvelle de confrontations des Médecins et des Pharmaciens sur les problèmes d'actualité.

« La Semaine Thérapeutique » (publication mensuelle) coédite avec la « Semaine des Hôpitaux » les Entretiens de Thérapeutique, publie des articles originaux d'Actualités thérapeutiques et assure la diffusion rapide des Actualités thérapeutiques auprès des praticiens, médecins, pharmaciens et biologistes.

ENTRETIENS DE PEDIATRIE

Mercredi 5 octobre, de 9 h. à 10 h. 50 — Salpêtrière

ECOLE DES INFIRMIERES DE L'A. P.

Une série d'Entretiens de Pédiatrie qui sont imprimés dans le volume des « Entretiens de Bichat » (Spécialités) sera présentée dans la Salle des Conférences de l'Ecole des Infirmières, suivant le programme minuté des Entretiens de Bichat.

Les auteurs présenteront leurs sujets sur lesquels une discussion sera ouverte à tous les praticiens.

« Les Annales de Pédiatrie ». Semaine des Hôpitaux (publication mensuelle) publient les articles originaux et les articles d'Actualités pédiatriques qui assurent la diffusion rapide, auprès des praticiens, des dernières acquisitions de la Pédiatrie internationale

ASSISES NATIONALES DE MEDECINE

JOURNEE MEDICO-MILITAIRE

Dimanche 2 octobre 1960 — Salpêtrière

« LES MENINGITES TUBERCULEUSES »

sous la présidence du Docteur MARQUEZY,

ECOLE DES INFIRMIERES

- 9 h. 30 — Considérations étiologiques et cliniques sur la méningite tuberculeuse de l'enfant et ses formes atypiques, par Jean FOUQUET.
- 9 h. 50 — Discussion.
- 10 h. 20 — Fréquence et diagnostic de la méningite tuberculeuse de l'adulte, par le Professeur André BERTOYE (Lyon).
- 10 h. 40 — Discussion.
- 11 h. 10 — Bilan thérapeutique des méningites tuberculeuses de l'enfant, par Charles BACH.
- 11 h. 30 — Discussion.
- 12 h. — Bilan thérapeutique des méningites tuberculeuses de l'adulte, par les Médecins-Commandants CHAMBATTE et PERNOD, Professeurs agrégés du Val-de-Grâce.

12 h. 20 — Discussion.

12 h. 50 — Conclusions des Assises Nationales.

Concert

15 h. — Concert en l'église Saint-Louis de la Salpêtrière.

LES ACTUALITES DE BIOLOGIE MEDICALE

Mardi 4 octobre, de 9 h. à 13 h. - Jeudi 6 octobre, de 9 h. à 13 h.

Salpêtrière

SALLE DES CONFERENCES

Les médecins, pharmaciens et biologistes ont été vivement intéressés, au cours de ces dernières années, par les remarquables conférences, symposium et congrès organisés successivement par la Société de Biologie, l'Association française de Biologie médicale et la Société de Biologie clinique. Toutes ces manifestations se sont poursuivies entre biologistes, en dehors de la présence des médecins praticiens. C'est pour mettre ces praticiens au courant des récentes acquisitions de la Biologie médicale qu'ont été organisés ces « Actualités de Biologie médicale », en liaison avec l'Association française de Biologie médicale.

Selon la technique traditionnelle des « Entretiens de Bichat », ces « Actualités de Biologie médicale » seront exposées en deux séries identiques pour permettre aux praticiens, de pouvoir y prendre part, selon leurs heures disponibles.

JOURNEE NATIONALE DE REEDUCATION

Vendredi 30 septembre 1960, de 9 h. à 12 h. et de 14 h. à 18 h.

Salpêtrière

sous la présidence du Professeur de SEZE
et du Professeur agrégé DEBEYRE

ECOLE DES INFIRMIERES DE L'A. P.

« REEDUCATION ET GERONTOLOGIE »

AMPHITHEATRE

9 h. - 9 h. 30 — Ouverture de la journée.

9 h. 30-10 h. — Docteur P. BORDIER : Le tissu osseux sénile.

10 h. -10 h. 30 — Docteur CAROIT : La colonne vertébrale sénile.

10 h. 30-11 h. — M. DUPUIS-DELTOR : Comment rééduquer une affection disco-vertébrale chez le sujet âgé.

11 h. -11 h. 30 — Docteur VERNANT : Le système cardio-vasculaire des gens âgés.

SALLE DES CONFERENCES

14 h. -14 h. 30 — Docteur LEQUESNE : La hanche sénile.

14 h. 30-15 h. — M. RABEUX-MICHAULT : La rééducation d'une coxarthrose.

15 h. -15 h. 30 — Docteur CARA : L'appareil respiratoire des gens âgés et sa rééducation.

- 15 h. 30-16 h. — Docteur VILAIN : Prévention des escarres chez le vieillard.
- 16 h. -16 h. 30 — Docteur Claude JACOB : La rééducation d'une hémiplégie chez le sujet âgé.
- 16 h. 30-17 h. — Docteur Edith ELMELIX : Réaction du vieillard à l'agression.
- 17 h. -17 h. 30 — Professeur agrégé PLAS : L'effort physique chez les gens âgés.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur LEVERNIEUX, 114, Avenue de Wagram, Paris-8^e (WAG. 05-74).

COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX DE PARIS
JOURNEES D'ENDOCRINOLOGIE ET DE NUTRITION
 DE L'HOPITAL BICHAT (4^e Année)

1, 2 et 3 octobre 1960, Hôpital Bichat, — 170, Bd Ney, Paris

Les Journées d'Endocrinologie et de Nutrition de l'Hôpital Bichat organisées par MM. Henri-Pierre KLOTZ, Professeur au Collège de Médecine et Jean TREMOLIERES, Maître de Recherches à l'Institut National d'Hygiène, sous la présidence d'honneur de M. Guy LAROCHE, Professeur à la Faculté de Médecine et avec, entre autres, la collaboration des Professeurs BASTENIE (Bruxelles), JAYLE (Paris), HOET (Louvain), SENDRAIL (Toulouse), SPERANSKAIA (Leningrad), VAGUE (Marseille), se tiendront les 1, 2 et 3 octobre 1960.

Elles auront lieu à l'Amphithéâtre des cours de l'Hôpital Bichat et comprendront chaque jour de 9 h. 15 précises à 12 h. 15 et de 14 h. 30 à 17 h. 30 huit exposés suivis de discussion.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat du Docteur KLOTZ, Hôpital Bichat, 170, bd Ney, Paris-18^e. Droit d'inscription : 60 NF. (6.000 fr.) (à adresser par chèque postal ou bancaire au Centre de Recherches Endocrinologiques, 170, bd Ney, Paris-18^e - C.C.P. Paris 15.445-10), comprenant la remise du volume « Problèmes actuels d'Endocrinologie et de Nutrition » publié à l'occasion des Journées.

Samedi 1^{er} octobre 1960

L'EQUILIBRE ENDOCRINIEN
 DE LA GROSSESSE NORMALE ET PATHOLOGIQUE
 ET SON RETENTISSEMENT SUR LE FŒTUS

- 9 h. 15 — M. JAYLE : Equilibre endocrinien de la grossesse normale.
- 10 h. — M. LINQUETTE : Grossesse et fonctionnement diencéphalo-hypophysaire.
- 10 h. 45 — M. BAULIEU : Grossesse et fonctionnement surrénalien.
- 11 h. 30 — M. H.-P. KLOTZ : Grossesse et fonctionnement thyro-parathyroïdien.
- 14 h. 30 — M. PALMER : Le dosage des stéroïdes urinaires chez les femmes sujettes aux avortements à répétition.
- 15 h. 15 — M. ROBEY : Les œstrogènes et les androgènes dans la deuxième moitié de la grossesse.

- 16 h. — M. VAGUE : Le problème du diabète et du pré-diabète gravidique et leur pronostic fœtal et maternel.
- 16 h. 45 — M. HOET : Perturbations endocriniennes de la femme enceinte et anomalies fœtales.

Dimanche 2 octobre 1960
LES HYPOGLYCEMIES

- 9 h. 15 — MM. BASTENIE et CONARD : Régulation endocrinienne de la glycémie.
- 10 h. — M. MORNEX : Les hypoglycémies d'origine hypophysaire et surrénalienne.
- 10 h. 45 — M. SENDRAIL : Les hypoglycémies d'origine langerhansienne (fonctionnelles et lésionnelles).
- 11 h. 30 — M. MERCADIER : La chirurgie des hypoglycémies.
- 14 h. 30 — M. ROYER : Les hypoglycémies de l'enfant et du nourrisson.
- 15 h. 15 — M. FOURNIER : Les lésions nerveuses et les perturbations fonctionnelles de la cellule nerveuse au cours des hypoglycémies.
- 16 h. — M. H.-P. KLOTZ : Les hypoglycémies fonctionnelles d'origine centrale.
- 16 h. 45 — Mme SPERANSKAIA : La régulation nerveuse centrale de la glycémie.

Lundi 3 octobre 1960
DONNEES ACTUELLES SUR LES DIARRHEES

- 9 h. 15 — M. J. J. BERNIER : Données actuelles sur la physiologie du côlon chez l'homme.
- 10 h. — MM. Cl. SAUTIER, J. TREMOLIERES, L. CARRE : Etudes des fèces par centrifugation différentielle. Apport physiopathologique.
- 10 h. 45 — MM. G. MOCQUOT, P. RAIMBAUD : Effets métaboliques de certaines flores digestives.
- 14 h. 30 — M. A. LAMBLING, H. GOIFFON : Définition et classification des diarrhées.
- 15 h. 15 — M. BUTTIAUX : Les diarrhées bactériennes.
- 16 h. — M. S. BONFILS : Diarrhée et dénutrition.
- 16 h. 45 — M. R. GOIFFON : Les diarrhées des antibiotiques.

JOURNEES MEDICALES LATINES
Mardi 4 octobre au vendredi 7 octobre
ANCIENNE FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Sous la présidence d'honneur de M. le Doyen Léon BINET.

Organisées à l'occasion du cinquantenaire de l'U.N.F.I.A. (Union Médicale Latine).

La séance solennelle d'ouverture des Journées Médicales Latines aura lieu le mardi 4 octobre, à 9 heures, dans le grand Amphithéâtre de l'ancienne Faculté de Médecine de Paris, rue de l'École-de-Médecine.

Le programme scientifique comprend 10 colloques.

Pour toutes inscriptions et envoi de programmes, s'adresser au Docteur CAMBIES, 3, rue de Penthièvre, Paris-8^e, ou au Secrétariat Administratif : SOCFI, 1ter, rue Chanez, Paris-16^e. MIR. 84.00 (C.C.P. Paris 6756-15).

Droits d'inscription. — Membres : 150 NF. (Volume des Rapports et Banquet compris). Membre accompagnant : 60 NF. (Non compris le volume des Rapports).

ASSOCIATION DE MEDECINE RURALE

Mardi 4 octobre 1960, de 15 h. 30 à 17 h. — Salpêtrière
SALLE DE CONFERENCES DE L'ECOLE DES INFIRMIERES

1^o Proclamation du Concours sur : « L'avenir des déficients physiques ou intellectuels en milieu rural » (Prix ANA).

2^o Comptes-rendus du Congrès de Cluny et résolutions sur les Centres sanitaires ruraux.

CRNFEDERATION DES SYNDICATS MEDICAUX FRANÇAIS

Mercredi 5 octobre 1960, de 17 h. à 18 h. — Salpêtrière
SALLE DE CONFERENCES DE L'ECOLE DES INFIRMIERES
sous la présidence d'honneur du Docteur ROUECHE

Sujet traité : La réforme de la Sécurité Sociale et le Corps médical.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Mercredi 5 octobre 1960, de 18 h. à 19 h. — Salpêtrière
SALLE DE CONFERENCES DE L'ECOLE DES INFIRMIERES
Réunion d'information de 18 h. à 19 h.

COMITE NATIONAL DE L'ENFANCE

Mercredi 5 octobre 1960, de 21 h. à 23 h. — Salpêtrière
AMPHITHEATRE DE L'ECOLE DES INFIRMIERES
Sujet traité : Mortalité néo-natale des premiers jours de la vie.

EXPOSITION : III^e CENTENAIRE DE LA MORT DE SAINT VINCENT-DE-PAUL (VINCENT DE PAUL ET L'HOPITAL

Dimanche 2 octobre au Dimanche 9 octobre — Salpêtrière

sous la présidence d'honneur de M. André CHAMSON,
de l'Académie Française,

Directeur général des Archives Nationales
et sous la présidence du Professeur Georges GUILLAIN,
de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine.

Le dimanche 2 octobre 1960, à 17 h., sera inaugurée l'Exposition, à la Salpêtrière, Ecole des Infirmières de l'A.P., 47, bd de l'Hôpital.

A la suite de cette inauguration, deux conférences seront prononcées dans l'Amphithéâtre :

RHUMATISME



PÉNÉTRATION RAPIDE
SOULAGEMENT IMMÉDIAT

Tolérance parfaite

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE - PARIS 8^e

Plusieurs frictions
par jour

Tube de 40 g

MAROC : P. PELISSARD, 16, rue Dumont-
d'Urville, CASABLANCA

ALGÉRIE : Société PELASMEX, 8, rue Ampère,
ALGER

TUNISIE : Agents Pharmaceutiques Français,
8, passage du 7-Mai, TUNIS

17 h. 30 : Saint Vincent de Paul et la médecine, par le Professeur Paul MILLIEZ.

— L'œuvre sociale de Saint Vincent de Paul, par le Docteur Guy GODLEWSKI.

ENSEIGNEMENT SUPERIEUR DES INFIRMIERES
(Croix-Rouge Française et Assistance Publique) — Salpêtrière
Vendredi 30 septembre

Journées de perfectionnement réservées aux Infirmières
AMPHITHEATRE DE L'ECOLE DES INFIRMIERES

Traitement par la Cortisone

- 15 h. — Emploi substitutif de la cortisone dans les insuffisances surrénales, par le Docteur SAVOIE.
- 15 h. 30 — Emploi de la corticothérapie dans les maladies infectieuses, par le Docteur BETOURNE.
- 16 h. — Corticothérapie et maladies hépatiques, par le Docteur CACHIN.
- 17 h. — Accidents de la corticothérapie, par le Docteur SLAMA.

Samedi 1^{er} octobre

Chirurgie des glandes endocrines

- 15 h. — Réalisation actuelle des hypophysectomies chirurgicales et et par les corps radio-actifs, par le Docteur TALEYRRAH.
- 15 h. 30 — Chirurgie de la glande thyroïde, par le Docteur WELTI.

SAMEDI MATIN : Visite du Service du Professeur MERLE D'AUBIGNE (Hôpital Cochin).

LES ACTUALITES DE MEDECINE INTERNE
Lundi 3 octobre, de 14 h. 30 à 17 h. 40 — Salpêtrière
ECOLE DES INFIRMIERES DE L'A. P.

L'esprit du mouvement international qui se développe en faveur d'un retour aux disciplines générales de la médecine, dans le respect des méthodes propres à chaque spécialité, a présidé à l'organisation des « Actualités de Médecine Interne », sous l'égide du regretté Professeur A. LEMIERRE, Président d'honneur de la Société Internationale de Médecine Interne. Les conférences d' « Actualités de Médecine Interne » se tiendront le lundi 3 octobre, de 14 h. 30 à 17 h. 40. Les exposés des Professeurs et Médecins des Hôpitaux de Paris, touchant à des problèmes actuels de la Médecine Interne, seront traités avec l'ampleur nécessaire, puisque l'exposé de chaque rapport disposera du temps habituellement réservé dans les Congrès.

ENTRETIENS DE PSYCHOLOGIE MEDICALE
Jeudi 6 octobre — Salpêtrière

ECOLE DES INFIRMIERES DE L'A.P.

sous la Direction des :

Professeur A. LAMACHE, et Docteur P. H. DAVOST,
Président Secrétaire Général

de la Société de Psychologie Médicale de Langue Française

- 18 h. 40 — Les aménorrhées psychogènes (J. RENAUD).
- 18 h. 50 — Les implications psychologiques de l'urbanisme (R. H. HAZEMANN).
- 19 h. — Quelques aspects de la psychologie du cardiaque (G. MAYONNADE).
- 19 h. 10 — Neurasthénie, psychasthénie et névrose obsessionnelle (introduction à une tentation de « démythification » clinique) (R. HELD).
- 19 h. 20 — La participation du médecin à l'éducation sexuelle de l'adolescent et de l'adolescente (J. FAVEZ-BOUTONNIER).
- 19 h. 30 — Effet thérapeutique de la novocaïne dans les psychoses démentielles d'involution (J. PUECH, Ch. ROBIN, L. RICHET).
- 19 h. 40 — Problèmes étiologiques et aspects cliniques des arriérations mentales intellectuelles chez l'enfant (J. PUECH, L. RICHET, Ch. ROBIN).
- 19 h. 50 — Le médecin et les tests mentaux (R. LAMACHE et Ph. DAVOST).

JOURNEES DE PNEUMOLOGIE DE L'HOPITAL BICHAT
Les 8, 9 et 10 octobre 1960

Hôpital Bichat, 170, Boulevard Ney, Paris

ADMINISTRATION GENERALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX DE PARIS

Dans le cadre des Entretiens de Bichat, les Journées de Pneumologie se tiendront à l'Amphithéâtre des cours « Maurice Chiray » de l'hôpital Bichat.

Chaque jour, de 8 h. 45 à 12 h. 30 et de 14 h. à 17 h. 45, auront lieu dix causeries comprenant une demi-heure d'exposés, et de présentation de documents, radiographies et films, suivies d'un quart d'heure de discussion avec les auditeurs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat du Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, Bd Saint-Michel, Paris-5^e. Droit d'inscription : 70 NF. (C.C.P. Paris 511-39), le nombre des auditeurs est limité.

Pneumologie Générale

SAMEDI 8 OCTOBRE

Matinée :

- 8 h. 45 — Robert GENEVRIER : Pouvoir antihistaminique du sérum et allergie respiratoire.
- 9 h. 30 — Pierre BLANCHON : Le retentissement de l'état de mal asthmatique sur le cœur gauche.
- 10 h. 15 — Jean TURIAF : Les nouveaux corticoïdes dans le traitement de l'asthme.
- 11 h. — Jacques LEMENAGER : Alcoolisme et tuberculose.
- 11 h. 45 — Jacques POULET : Les antibiotiques accessoires dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Après-midi :

- 14 h. — Jean TURIAF : Les pleuro-pneumopathies à éosinophiles.
 14 h. 45 — Jean AVRIL : Les asbestoses.
 15 h. 30 — André BASSET : Les réactions leucémoïdes dans les cancers broncho-pulmonaires.
 16 h. 15 — Jean ROUJEAU : Exposé critique sur le traitement actuel du cancer bronchique.
 17 h. — Philippe DAUMET : Données actuelles sur le traitement chirurgical du cancer bronchique.

DIMANCHE 9 OCTOBRE

Matinée :

- 8 h. 45 — Roger LEGENDRE : La kinésithérapie dans la prévention des insuffisances respiratoires.
 9 h. 30 — Pierre MARLAND : Diagnostic des infiltrats tuberculeux.
 10 h. 15 — Michel BOIRON : Les radioleucoses humaines.
 11 h. — Gabriel ROCHE : Facteurs favorisant la chronicité de la tuberculose pulmonaire.
 11 h. 45 — Présentation de cas cliniques par les auditeurs.

REANIMATION RESPIRATOIRE

Après-midi :

- 14 h. — PIERRE-BOURGEOIS : Indications de la réanimation respiratoire et organisation générale d'un centre de réanimation respiratoire.
 14 h. 45 — Max BOURGEOIS : Hypoxie et hypercapnie.
 15 h. 30 — Armand GUEZ : Les premiers soins chez les insuffisants respiratoires.
 16 h. 15 — Bernard THIBAUT : Trachéotomie, soins et complications
 17 h. — Jean-Paul GARAIX : L'assistance respiratoire chez les insuffisants respiratoires chroniques.

LUNDI 10 OCTOBRE

Matinée :

- 8 h. 45 — Jean-Jacques POCIDALO et Denise BOURGEOIS : Exploration fonctionnelle et recherches biologiques courantes en réanimation respiratoire.
 9 h. 30 — Georges ROLLIN : La réanimation dans les comas toxiques.
 10 h. 15 — Mme RENDU : La respiration assistée per-opératoire.
 11 h. — Charles GARNIER : La réanimation respiratoire chez les opérés thoraciques.
 11 h. 45 — Raoul HOSTEING : Démonstration de types d'appareils de respiration assistée.
 12 h. 45 — Jean-Louis CHAMOUARD : Présentation de films.

Après-midi :

- 14 h. — Jacques ROGE : Les troubles généraux et nutritionnels chez les malades en réanimation.
 14 h. 45 — Jean TREMOLIERES : La diététique des réanimés respiratoires.

- 15 h. 30 — Michel CARAMANIAN : Le collapsus cardio-vasculaire au cours de la réanimation respiratoire.
- 16 h. 15 — Daniel CLEMENT : Les signes électrocardiographiques du cœur pulmonaire aigu et chronique.
- 17 h. — VIC-DUPONT : Indications générales de l'oxygénothérapie.

JOURNEE DE DIETETIQUE
Samedi 8 octobre 1960 — Hôtel-Dieu

La Clinique de Diabétologie et des Maladies de la Nutrition de l'Hôtel-Dieu organise une journée de Diététique le samedi 8 octobre, à l'Amphithéâtre Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu, avec le programme suivant :

Matinée :

- 9 h. 30 — Métabolisme des glucides, par le Docteur J. J. BERNIER, Médecin des Hôpitaux.
- 10 h. 15 — Données récentes sur la digestion des glucides, par le Docteur J. TREMOLIERES, Directeur du Laboratoire de Nutrition humaine de l'Institut National d'Hygiène.
- 11 h. — Utilisation des glucides par voie parentérale, par le Docteur LABORIT.
- 11 h. 45 — Conséquences cardiaques des états d'hypoglycémie, par le Docteur Guy HERAUD, Médecin assistant des Hôpitaux.

Après-midi :

- 14 h. 30 — Taxémie gravidique, diététique et éléments de surveillance, par le Professeur MERGER.
- 15 h. 15 — Thérapeutique diététique de l'insuffisance rénale aiguë, par le Docteur Marcel LEGRAIN, Médecin assistant des Hôpitaux.
- 16 h. — Directives diététiques pratiques pour les malades atteints d'insuffisance rénale chronique, par le Professeur Maurice DEROT.

COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX DE PARIS
Matinée du samedi 8 octobre, de 10 h. 30 à 12 h. 30 — Salpêtrière

LA PATHOLOGIE ŒSOPHAGIENNE

Conférences suivies d'examens radiologiques télévisés en direct

- 1° Les affections organiques de l'œsophage : Docteur Ch. DEBRAY, Professeur à la Faculté.
- 2° Les affections fonctionnelles de l'œsophage : Docteur P. HILLEMAND, Professeur au Collège de Médecine.
- 3° Résultats du traitement chirurgical de la hernie hiatale : Docteur LORTAT-JACOB, Professeur à la Faculté.

Chaque conférence d'une durée de 20 minutes sera suivie de présentation de malades. Ceux-ci seront examinés devant les auditeurs en Radioscopie télévisée avec commentaire du Conférencier et du Radiologiste.

TELEVISION — Salpêtrière**ECOLE DES INFIRMIERES DE LA SALPETRIERE**

Pendant toute la durée des Entretiens de Bichat auront lieu des émissions de télévision.

Des démonstrations de radiotélévision seront réalisées dans le cadre de l'Exposition Scientifique.

A heures fixes annoncées dans le programme définitif des Entretiens de Bichat des émissions spéciales seront diffusées dans l'ensemble de l'enceinte du Congrès, des Amphithéâtres, et de l'Exposition Scientifique.

**FESTIVAL DU FILM MEDICO-CHIRURGICAL
ET DE LA TELEVISION MEDICALE**

Samedi 8 octobre, de 14 h. à 23 h.

et dimanche 9 octobre 1960, de 14 h. à 23 h. — Salpêtrière

La « Médaille des Entretiens de Bichat » a récompensé depuis 1950 les meilleurs films médicaux, chirurgicaux et thérapeutiques. Cette année cette distinction sera à nouveau remise aux meilleurs films de médecine, chirurgie, spécialités ou thérapeutiques réalisés en 1960.

Un Festival du Film et de la Télévision Médicale aura donc lieu à la Salpêtrière, le samedi 8 octobre et le dimanche 9 octobre, sous les auspices des « Entretiens de Bichat ».

La séance commencera à 14 heures et se terminera à 23 heures. Tous les praticiens sont conviés à ce Festival et à la visite de l'Exposition Scientifique et de l'Exposition Historique.

COLLOQUES AVEC LE PRATICIEN

Dimanche 9 octobre, de 9 h. à 20 h. — Salpêtrière

Dans l'Amphithéâtre de la Salpêtrière, les praticiens de France sont conviés à une discussion publique avec les auteurs des Colloques publiés dans la « Semaine des Hôpitaux ». La discussion est ouverte à tous les praticiens de France qui sont priés d'envoyer leurs projets de questions au Secrétariat des « Entretiens de Bichat », 15, rue Saint-Benoît, Paris-6^e.

JOURNEES NATIONALES D'ELECTRORADIOLOGIE

Les 12, 13 et 14 octobre 1960

**AMPHITHEATRE DE PHYSIQUE
DE LA NOUVELLE FACULTE DE MEDECINE**

45, rue des Saints-Pères, Paris

Les Journées Nationales d'Electroradiologie, organisées par la Société Française d'Electroradiologie Médicale avec ses Filiales et la Chaire de Radiologie Médicale à la Faculté, auront lieu à Paris, les 12, 13 et 14 octobre 1960.

Les séances auront lieu à la nouvelle Faculté, 45, rue des Saints-Pères.

Les sujets mis à l'ordre du jour sont les suivants :

RADIODIAGNOSTIC ET RADIOTHERAPIE :
 Etude radiologique des glandes à sécrétion interne
 (Thyroïde exceptée)

Les titres des communications devront être envoyés aux Secrétaires des Filiales et être parvenus au Secrétaire général de la Société avant le 1^{er} septembre 1960, dernier délai.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur PROUX, 9, rue Daru, Paris-8^e, ou au Docteur LEDOUX-LEBARD, 22, rue Clément-Marot, Paris-8^e.

— 0 —

Ed. de CARQUOIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

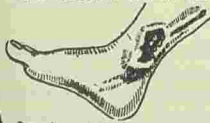
CICATRISE

ULCÉOPLAQUE

2 DIMENSIONS :

ULCÉOPLAQUE N° 1 5 × 6 cm.

ULCÉOPLAQUE N° 2 7 × 9 cm.



Dans chaque boîte : 6 pansements
 Pour 20 à 24 jours de traitement

- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.

Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.

Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.

ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**
 permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

LABORATOIRE SÉVIGNÉ-R. MAURY, Ph. 76, r. des Rondeaux - PARIS

SEMAINE MEDICO-CHIRURGICALE PRATIQUE DE LA PITIE

(XV^e Session — 10 au 15 Octobre 1960)

Cette semaine de Révision, organisée par le Prof. LIAN et les Chefs de Service de la Pitié est destinée aux médecins omnipraticiens qui veulent rajeunir leurs connaissances médico-chirurgicales. Elle porte sur la Médecine, la Chirurgie, l'Obstétrique, les Spécialités.

Les Conférences sont faites dans la belle salle du 58, Boulevard de l'Hôpital, à peu près en face de la Pitié, par des Professeurs, des Agrégés, des Chefs de Service des Hôpitaux : chacun dans sa spécialité fait bénéficier les auditeurs de sa précieuse expérience clinique.

Leçons de 30 minutes, suivies chacune d'un quart d'heure consacré aux questions posées par les auditeurs : deux leçons le matin, quatre leçons l'après-midi.

Chaque matin à 11 heures, les Médecins auditeurs seront répartis par petits groupes dans tous les services de la Pitié.

— Lundi 10 octobre : 14 h., inscription des Médecins auditeurs; 15 h., première leçon.

— Samedi 15 octobre : Clôture de la semaine à midi.

Les médecins inscrits reçoivent un certificat.

Une exposition de produits pharmaceutiques est organisée au fond de la salle de conférences.

Une soirée théâtrale est offerte le mercredi 12 aux conférenciers et aux médecins inscrits.

Les Editions Lépine réunissent en un grand numéro spécial de la Revue « L'Hôpital », chaque année, les conférences de la Semaine Médico-Chirurgicale Pratique de la Pitié.

Les médecins inscrits à la Semaine Médico-Chirurgicale Pratique recevront gratuitement le numéro spécial de « L'Hôpital » (mars 1961) groupant toutes les leçons faites à cette Semaine en 1960.

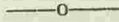
Droits d'inscriptions : 35 N.F., à adresser à Madame la Secrétaire du Prof. LIAN, à l'Hôpital de la Pitié, 83, Bd de l'Hôpital, Paris-13^e (mandat, chèque bancaire ou postal au nom du Prof. LIAN, C.C.P. du Prof. LIAN : Paris N^o 5913.30).

Une réduction de 20 % est accordée par la S.N.C.F. (demander 1 ou 2 fichets de réduction en s'inscrivant).

Un banquet suivi d'une sauterie est organisé au 58, Bd de l'Hôpital, pour fêter le 15^e anniversaire de la Semaine Médico-Chirurgicale, le jeudi 13 mai à 20 h. 30 (tenue de ville). Les conférenciers, les médecins auditeurs et les pharmaciens de l'Exposition sont invités à s'inscrire avec leurs dames. Droits d'inscriptions : 24 N.F. par personne à adresser à Madame la Secrétaire du Prof. LIAN à l'Hôpital de la Pitié

LIGUE CONTRE LE TRACHOME
MEDAILLE D'OR CHIBRET 1961
2.000 N.F.

Réservée aux travaux concernant la Pathologie et la Thérapeutique
du Trachome



La Médaille d'Or Chibret, d'une valeur de 2.000 N.F., sera décernée pour la neuvième fois au cours de l'Assemblée Générale qui aura lieu en 1961, pendant le Congrès de la Société Française d'Ophthalmologie. Le prix est indivisible.

Jury. — Le Jury sera composé du Président de la Ligue contre le Trachome (M. P. BAILLIART), du Président de l'I.O.A.T. (Pr. G. B. BERTI), des Vice-Présidents, du Secrétaire Général, du Secrétaire pour les territoires de la Communauté, du Trésorier de la Ligue, ainsi que deux membres du Conseil d'Administration tirés au sort.

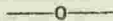
Objet. — Le concours est ouvert aux trachomatologues de tous les pays. Les travaux, admis à concourir peuvent être des ordres suivants de la trachomatologie : clinique, social, de prévention, de thérapeutique médicale et de thérapeutique.

Présentation des travaux. — Les travaux doivent être obligatoirement rédigés en français, avoir un maximum de 30 pages dactylographiées (1.500 caractères à la page), être remis en 3 exemplaires et être accompagnés d'un résumé de 2 pages en français et, autant que possible, en anglais, en italien et espagnol.

Le Mémoire primé paraîtra in extenso dans la « Revue Internationale du Trachome ». Les résumés des autres mémoires présentés paraîtront également dans les diverses langues retenues par la « Revue Internationale du Trachome ».

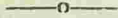
Les travaux devront obligatoirement parvenir avant la date limite du 1^{er} janvier 1961 au Secrétaire Général de la Ligue : Dr Jean SEDAN, 94, rue Sylvabelle, Marseille, Tél. 37-37-55.

En 1960, la Médaille d'Or du Trachome a été attribuée au Dr Léonide POLEFF de Rabat-Salé, pour l'ensemble de ses travaux sur le Trachome.



PRIX CHIBRET 1961

(Treizième année)



Ce prix de 2.000 N.F., fondé en mémoire du Dr Paul CHIBRET, est décerné chaque année à l'auteur d'un mémoire ou d'une thèse intéressant l'Ophtalmologie.

Les candidats doivent être, soit un étudiant inscrit à une Faculté de Médecine de langue française, soit un docteur en Médecine ayant soutenu sa thèse depuis moins de trois ans également devant une Faculté de langue française.

Les Mémoires soumis au Jury doivent être rédigés en français et imprimés ou dactylographiés. Ils doivent être, soit inédits, soit publiés dans le cours des deux années précédentes. Les thèses sont acceptées. Les candidats déjà docteurs en Médecine devront donc avoir passé leur thèse après le 1^{er} février 1958 et les mémoires non inédits devront avoir été publiés depuis le 1^{er} février 1959.

Le bénéficiaire de ce Prix sera désigné par un Jury constitué par le Comité et le Secrétaire Général de la Société Française d'Ophtalmologie.

Ce prix devant être décerné au moment du Congrès Annuel de la Société Française d'Ophtalmologie, en mai 1961, les mémoires établis en 5 exemplaires devront parvenir avant le 1^{er} février 1961 au Secrétaire Général de la Société Française d'Ophtalmologie : Hôpital Cochin, Pavillon Sicard, 27, Fbg Saint-Jacques, Paris-14^e.

Les mémoires ne seront pas rendus.

Lauréats du Prix Chibret :

- 1949 : Dr René CAZABAN (Montpellier) : « L'Arachnoïte Optique canaliculaire et orbitaire ».
- 1950 : Dr Pierre DHERMY (Paris) : « Contribution à l'étude pathogénique de la rétinite diabétique ».
- 1951 : Dr J. M. C. LEMASSON (Paris) : « Les formes régressives de la rétinopathie des prématurés ».
- 1952 : Dr Charles BARUT (Lyon) : « Traitement du décollement de la rétine par résection sclérale lamellaire ».
- 1953 : Dr Jean LAVAT (Paris) : « Toxoplasmoses oculaires ».
- 1954 : Non attribué.
- 1955 : Dr Marcel ACHARD (Strasbourg) : « Etude de la pathogénie de la cataracte ».
- 1956 : Dr Marcel MASSIN (Paris) : « Les kérato-conjonctivites sèches ».
- 1957 : Dr André ROBIN (Limoges) : « Etude Statistique du champ visuel dans les affections neuro-chirurgicales non traumatiques ».
- 1958 : Dr Claude ZENATTI (Paris) : « Les principes de la tonosphygmographie oculaire ».
- 1959 : Dr Roger ASSEMAN (Lille) : « La Maladie de Leber. Etude clinique et génétique ».
- 1960 : Dr Jacques HENRY (Paris) : « Contribution à l'étude de l'anatomie des vaisseaux de l'orbite et de la loge caverneuse (par injection de matières plastiques du tendon de Zinn et de la capsule de Tenon) ».

II^e SYMPOSIUM INTERNATIONAL DE CHIMIOTHERAPIE

(Naples, 14-17 septembre 1961)

Le II^e Symposium International de Chimiothérapie aura lieu à Naples, du 14 au 17 septembre 1961, sous la présidence des Professeurs L. DONATELLI et F. MAGRASSI.

Les thèmes de ce Congrès sont les suivants : nouveaux antibiotiques, chimiothérapie des infections à virus, chimiothérapie du cancer, effets secondaires des chimiothérapies modernes, chimioprophylaxie et chimiothérapeutique des radiations atomiques, etc...

Pour tout renseignement, s'adresser au Secrétaire du Congrès :
Professeur P. PREZIOSI, Casella postale 266, Napoli, Italia.

— 0 —

AÉROCID

1 Cachet matin et soir ou 2 Comprimés

Aérophagie - Aérocolie - Hypotonie
gastro-intestinale - Insuffisance
hépatique

AQUINTOL

Gouttes ★ Suppositoires ★ Sirop

Adénopathies trachéo-bronchiques
Toux spasmodiques - Coqueluche
SÉDATIF ANALGÉSIQUE

OPOCÉRÈS

SIMPLE OU VITAMINÉ

Dragées à croquer ★ Ampoules buvables

Asthénies physiques, psychiques ou
intellectuelles - Alcalose
RECONSTITUANT-DYNAMISANT
PONDÉRATEUR du Ph. humoral

ASSOCIATION PHYTO-HORMONALE SÉDATIVE ASSOCIÉE
ACTIVE PAR VOIE BUCCALE

HEMORAME

A L'ANHYDROXYPROGESTÉRONE

Cachets : 2 à 4 par jour
Comprimés : 4 à 8 par 24 heures

**NOUVEAU RÉGULATEUR
DU FLUX MENSTRUEL**

LABORATOIRES DE L'AÉROCID - 248 bis, rue G.-Péri - CACHAN (Seine)

AEROCID : P. Cl. 1 et 2 — AQUINTOL : P. Cl. 1 et 2
OPOCERES : P. Cl. 2 et 9 — HEMORAME : P. Cl. 2 et 3

LIVRES REÇUS.

« Actualités sur les maladies des veines »,

par le Professeur André SICAR.
Expansion, édit.

« Le phénomène de Raynaud »,

par les Docteurs Paul LANGERON et Lucien CROCEL.
Expansion, édit.

ANNONCES.

Cabinet médical banlieue Paris à céder. Dr AGASSE, 72 ter, rue Longchamp, Neuilly-sur-Seine.

Côte d'Azur : Cabinet Médecine Générale à vendre ville côtière.
Dr R. CHEVILLARD DE BAIDLAND, 16, Boulevard Foch.

SCHOUM	▶	FOIE REINS VESSIE
DRAGÉES	▶	MAGNOSCORBOL <small>Chl. de Mg + Vitamine C</small>
ANIODOL	▶	Antiseptique • INTERNE • EXTERNE

OMNIUM

LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine

SCHOUM, P. Cl. 2 — MAGNOSCORBOL, P. Cl. 3 — ANIODOL, P. Cl. 1 et 2
TUNISIE - Agence Pharmaceutique Française
8, Passage de la Monnaie - TUNIS

Le Gérant : Docteur AMOR KHALFAT
Imprimerie BASCONE & MUSCAT — 41, Av. de Londres — TUNIS

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. S. MESTIRI — B. HAMZA — R. BEN BRAHEM —
A. CHADLY — A. KHALFAT — L. BENAÏSSA — Ch. TABBANE
— M. ABDELMOULA — P. BIERENT — J. BOUJENAH —
A. CHARRAD — M^{me} J. DAUD — MM. A. FOURATI —
A. HAGEGE — L. MOATTI — H. RAIS.

Rédaction : Ch. TABBANE

Administration : D^r Amor KHALFAT
M^{me} DOUIEB

Publicité pour la France :

S. BATARD, 33 bis, Avenue Thiers — LE RAINCY (Seine-et-Oise)



AU SERVICE DU CORPS MÉDICAL
DEPUIS 1718

3 TRAITEMENTS
DU RHUMATISME
CHRONIQUE



THIODÉRAZINE

IODE ET SOUFRE ORGANIQUES



THIODÉRAZINE B₁ VITAMINÉE

IODE ET SOUFRE ORGANIQUES + VITAMINE B₁



**THIODÉRAZINE
VITAMINÉE FORTE**

50 mg

Aneurine stabilisée par ampoule de 5 cc.
en milieu sulfo-iodé organique

**Vitaminothérapie B₁
antirhumatisme intensive**

ALGIES RHUMATISMALES REBELLES
NÉVRAXITES DOULOUREUSES

LABORATOIRES MIDY - 67, AVENUE DE WAGRAM - PARIS 17^e

SOMMAIRE (1^{re} Partie)

—o—

- A propos de quelques observations de kystes hydatiques
du foie ouverts dans les voies biliaires,
par MM. Saïd MESTIRI et Mohamed FOURATI (Hôpital Habib
Thameur) 347
- A propos de deux cas de Sténose complète du Pylore consécutive
à l'absorption volontaire de produits caustiques,
par MM. Saïd MESTIRI et Antoine SEROPIAN 355
- Dilatation bronchique après primo-infection tuberculeuse
(Travail fait à l'Hôpital Abderrahmane-Mami — Ariana),
par les Drs EL GHARBI B., BOUJENAH J., HALFON S., BEN
SALAH M., BLOCH E., ABDELMOULA Moncef 361
- A propos de deux observations de Bilharziose urétérale,
par MM. A. CHADLI, S. MESTIRI, G. JAVELAUD et P. ZIRAH. 375

—o—

GADÉOL 20

AMPOULE
BUVABLE
SUPPOSITOIRES

VITAMINOTHERAPIE D ET A
SANS RISQUE D'HYPERVITAMINOSE

Biosedra

TUNISIE : R. FALDINI, 6, Rue d'Avignon — TUNIS

ampoules buvables

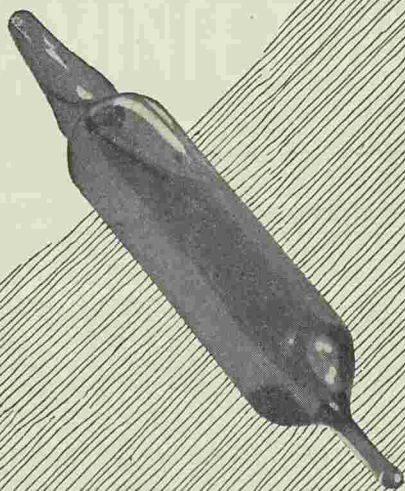
HAMARUTYL

vitamine P : 10.000 gammas

associée à la vitamine C, au Citrate sodique et à l'hamamelis.

altérations veineuses

fragilité capillaire



SOMMAIRE (2^{me} partie)

— 0 —

Analyse : La méningite tuberculeuse et son traitement (Dr Jean FOUQUET), par le Dr B. HAMZA	398
Indications actuelles et effets thérapeutiques de l'Ascorbate de Réserpine en médecine générale, par A. RAVINA (Paris)	400
Société Tunisienne des Sciences Médicales	402
Information : Congrès Médical du Moyen-Orient	404
Annonce	406

Adultes

3 à 5 cuillerées
à café par 24 h

SIROP

Bébés - Enfants

1 à 3 cuillerées
par 24 h selon âge

ANTIHISTAMINIQUE DE SYNTHÈSE

MÉRÉPRINE

P. Cl 3

A ACTION SEDATIVE DOUCE
DE GOUT TRÈS AGREABLE

LABORATOIRES TORAUDE — PARIS-V^e

TUNISIE — SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS

androtardyl

(œnanthate de testostérone)

**ANABOLISANT EUPHORISANT
TONIFIANT DYNAMOGÈNE**

s'impose en

**MÉDECINE GÉNÉRALE
GÉRIÂTRIE
CARDIOLOGIE
PNEUMO-PHTISIOLOGIE
UROLOGIE
GYNÉCOLOGIE
HÉPATOLOGIE
CHIRURGIE
NEURO-PSYCHIÂTRIE
CANCEROLOGIE
CORTICO-THÉRAPIE**

Ampoules de 1 cc à 50-100-250 mg
1 injection i. m. par mois

Littérature et échantillons

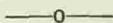
SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS

13, rue Miollis - PARIS (XV) - SUFren 54.94

A propos de quelques observations de kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires

par MM. Saïd MESTIRI et Mohamed FOURATI

(Hôpital Habib Thameur)



L'ouverture des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires est un problème dont la définition est très élastique et varie souvent d'un auteur à l'autre.

Mais faut-il pour cela considérer tout kyste dont le liquide est teinté de bile, comme ouvert dans les voies biliaires ? Il nous semble que cette dénomination doit être réservée aux grandes effractions biliaires de l'hydatidose qui, elles, nécessitent l'ouverture d'un ou de plusieurs gros canaux biliaires, sinon l'ouverture d'une des deux branches du canal hépatique lui-même.

Ceci est capital non seulement du point de vue purement doctrinal, mais également du point de vue pratique. Le problème est différent et la tactique opératoire différente selon qu'on se trouve devant une simple fissuration, ou au contraire, devant de larges ouvertures du kyste hydatique dans les voies biliaires.

L'examen histologique de l'adventice péri-kystique enseigne que tout kyste atteignant un certain volume aboutit à l'effraction de nombreux canalicules biliaires.

Le retentissement oddien de tels kystes dans la mesure où sa constance sera établie peut constituer un appoint de choix pour les caractériser.

A vrai dire, ces grandes effractions biliaires sont relativement rares, puisque sur une centaine de kystes hydatiques du foie traités dans le Service au cours des années 1958 et 1959 nous trouvons, 29 kystes à liquide teinté de bile et seulement 5 vrais kystes ouverts dans les voies biliaires.

Le traitement des petites effractions biliaires dans le kyste hydatique du foie est celui des kystes hydatiques non compliqués du foie.

Les observations, que nous nous proposons de vous présenter aujourd'hui, sont assez démonstratives à ce sujet.

En effet, à chaque fois qu'on s'est trouvé devant un kyste largement ouvert dans les voies biliaires, on s'est tenu d'assurer un drainage correct de la cavité kystique, soit par les voies naturelles en pratiquant une sphinctéroplastie selon la méthode de GOINARD (on en a

deux cas), soit un drainage choléodocien (1 cas). Une quatrième fois on a été amené à pratiquer une hépatectomie réglée du lobe gauche tellement le kyste était volumineux.

Par contre, quand il s'est agi de simples fissurations biliaires dans le kyste hydatique, une résection de l'adventice extériorisée selon la technique de LAGROT, ou même une fermeture sans drainage de la cavité ont suffi à guérir nos malades.

Ce qui va nous retenir le plus ici, ce sont donc surtout les observations de kystes hydatiques largement ouverts dans les voies biliaires, confirmés par cholangiographie per et post-opératoire, et le traitement qu'on y a opposé, variable d'un cas à l'autre.

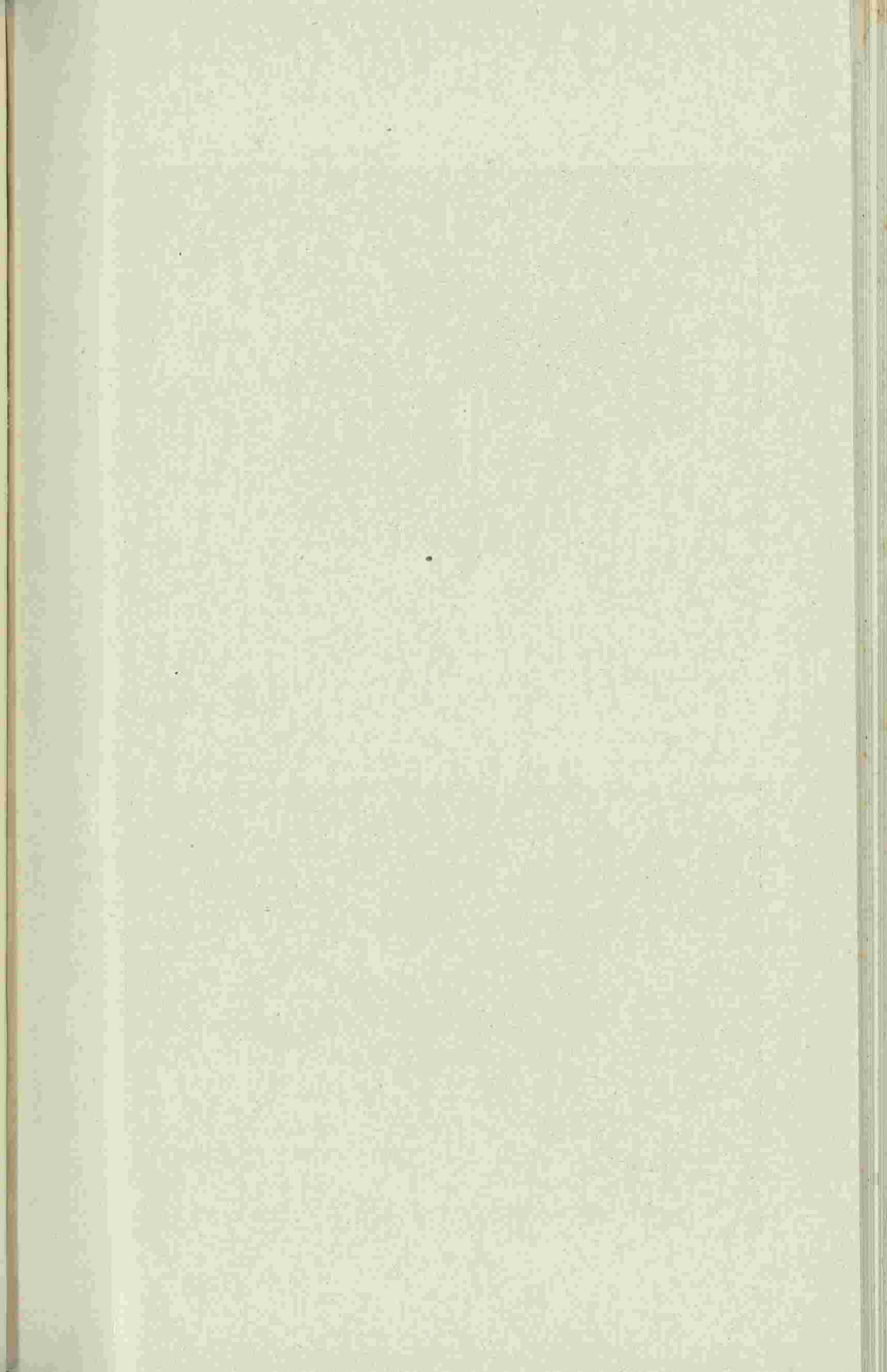
OBSERVATION I

Notre première observation est celle de D..., homme de trente ans, dont l'histoire pathologique remonte à 6 ans, caractérisée par des douleurs épigastriques périodiques et rythmées par les repas.

Le 13 août 1959, le malade a ressenti une douleur très vive sous costale droite, irradiant dans le dos et dans l'hypochondre droit, ce qui a amené son hospitalisation. A son entrée dans le Service le malade était fatigué, fébrile (T. 39°, 40°), signe de Murphy +. Nous n'étions pas loin de penser à une perforation d'ulcère, provoquant une péritonite cloisonnée, ou à une pycholecystite, si les radios d'estomac et de vésicule ne sont venues infirmer ces diagnostics. Par contre, la radio pulmonaire montre une opacité de la base droite et la bacilloscopie est positive.

On en était là quand le 29-8-59 le malade a présenté une vomique de pus et a rejeté des membranes de kyste hydatique. Le malade était dyspnéique, avait les traits tirés, le teint terreux, en très mauvais état général. On décide l'intervention d'urgence avec le diagnostic de kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches. Une thoracotomie sur la 7^e côte est pratiquée. On tombe sur un gros kyste de la convexité hépatique, multivésiculaire et fortement teinté de bile, communiquant avec la base du poumon droit et largement ouvert dans les bronches. on se contente de drainer le cul de sac pleural et le kyste, et de reconstituer le diaphragme, en raison du mauvais état général du malade et avec l'intention de le reprendre plus tard.

Dans les suites opératoires le malade a présenté une poussée aiguë de sa tuberculose pulmonaire, vite réduite par le traitement triple + cortancyl. Mais surtout on constate l'apparition d'une fistule pleuro-bronchique, et d'une fistule biliaire. On décide de traiter d'abord cette dernière et le malade est réopéré le 13-10-59, en vue d'une sphinctéroplastie. La cholangiographie per opératoire montre un passage duodénal légèrement rétréci, une injection de la cavité kystique avec



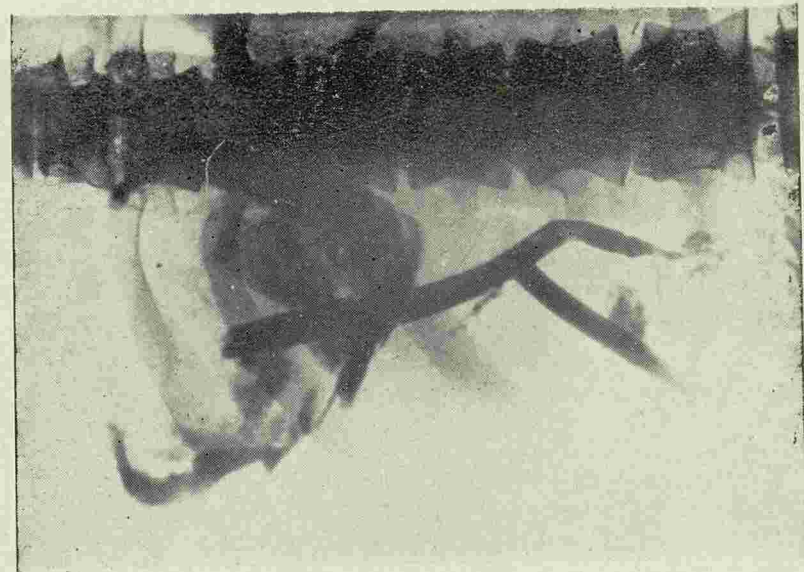


Fig. 1

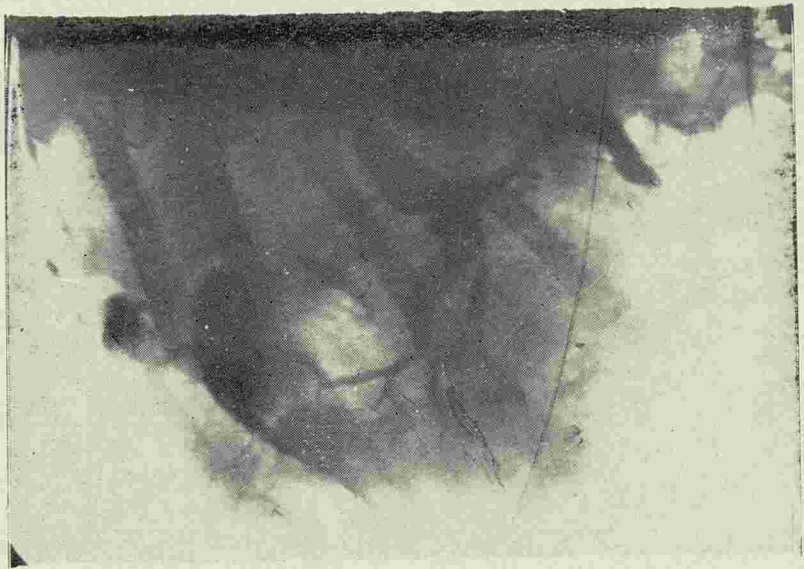


Fig. 2

présence de 2 images pseudo-calculieuses sur l'hépatique droit. On pratique une sphinctéroplastie selon la technique de GOINARD, puis on explore l'arbre biliaire supérieur et on ramène une vésicule-fille entourant un calcul. Malgré de patientes recherches on ne trouve pas le deuxième calcul.

Les suites opératoires sont bonnes, la fistule biliaire se tarit, mais il reste toujours la fistule pleuro-bronchique pour laquelle le malade est opéré une troisième fois et on pratique une lobectomie inférieure droite.

Dans les suites opératoires, le poumon revient très vite à la paroi, la fistule disparaît et le malade reprend une bonne capacité pulmonaire.

Il quitte le Service le 15 février 1960.

OBSERVATION II

Salem Ben A... est un homme de 30 ans qui a présenté un ictère léger, précédé de prurit. Cet ictère est foncé, non douloureux, les urines sont foncées et les selles décolorées. A son entrée dans le Service, le 9-6-58, on note l'existence d'un gros foie régulier, de consistance fermée. Une péritonéoscopie montre un gros foie vert, de rétention biliaire, avec grosse vésicule non distendue.

Le malade est opéré le 30-6-58 avec le diagnostic d'ictère par rétention, dû vraisemblablement à un néo de la tête du pancréas. A l'ouverture on tombe sur un très gros foie de cholestase. Une cholangiographie per opératoire par le cholédoque montre l'injection d'une grosse cavité kystique communiquant avec le canal hépatique droit. Ce kyste hydatique se trouve à la face postéro-supérieure du foie. Ouverture du kyste et évacuation d'une membrane fortement teintée de bile et flétrie. On décide de drainer le kyste uniquement par les voies biliaires; un drain transpapillaire est placé dans le cholédoque, branche longue en haut de telle sorte qu'elle arrive facilement dans la cavité kystique; un fil de nylon est attaché à l'extrémité de cette branche et sort par l'orifice du kystotomie; on ferme l'orifice de kystotomie à l'aide de gros points de catgut.

Les suites opératoires sont perturbées par un abondant écoulement biliaire, combattu par le clampage progressif du drain. Le drain est enlevé 35 jours après l'intervention. Des cholangiographies ont été pratiquées pendant cette période, qui montrent une injection cholédoquienne et oddienne normale et une diminution très importante de la cavité résiduelle.

Le malade quitte le Service le 24 juillet 1958; mais 10 jours après, il est réadmis pour fistule biliaire externe à faible débit. Le problème

"ROCHE" présente

B₁ B₆

Synergie antinévritique

Comprimés laqués dosés à 250 mg de chaque vitamine

Etui de 20 - Prix : Classe 18

Remboursé par la Sécurité Sociale

« Agréé à l'usage des Collectivités Publiques »

PRODUITS "ROCHE" S. A., 10, RUE CRILLON, PARIS-4^e

se pose alors de pratiquer une spinctéroplastie, mais comme la fistule se referme au bout de 4 jours et devant les réticences du malade, l'intervention est reportée. Depuis, le malade est revu tous les mois. La fistule n'a pas réapparu.

OBSERVATION III

Hédi Ben Hadj H..., homme de 75 ans, qui a présenté des crises d'angiocholite, accompagnées de prurit intense, température à 38°5 et très mauvais état général. A l'examen on trouve une tumeur hépatique, en verre de montre.

Le malade est opéré le 11-7-59 pour K.H.F. On trouve un très volumineux kyste hydatique de la face inférieure du foie. La cholangiographie rétrograde montre une communication nette des voies biliaires avec le kyste. On pratique une sphinctéroplastie.

OBSERVATION IV

Cheif Z..., homme de 39 ans, hospitalisé dans le Service le 5-1-60 pour hépatomégalie. Un examen minutieux nous permet cependant de percevoir une tumeur en verre de montre. Le malade est opéré le 15-1-60 pour K.H.F. On trouve un énorme kyste hydatique contenant de nombreuses vésicules-filles et largement ouvert dans les voies biliaires. Le lobe gauche du foie est complètement envahi par le kyste. On décide de pratiquer une hépatectomie gauche suivant la technique de COINAUD.

Les suites opératoires sont simples.

* * *

Quatre observations, c'est peu assurément pour proposer une formule définitive au sujet du traitement de cette complication du kyste hydatique du foie. Néanmoins nous pouvons en tirer une conclusion pratique, c'est la variation de la technique opératoire selon chaque cas. Nous ne pouvons souscrire à l'opinion de GOINARD qui propose la sphinctéroplastie systématique : pour GOINARD, en effet, le traitement des kystes hydatiques du foie se résume en ceci :

— Si le kyste est ouvert aux voies biliaires, il faut fermer purement et simplement la poche avec ou sans résection partielle, selon les cas, sans suture des orifices biliaires, avec spinctéroplastie de drainage et de décompression permanente de cette cavité.

— Si le kyste n'est pas ouvert aux voies biliaires, sinon par des fissurations très périphériques, on résèque le plus possible de la poche

et on laisse le reste « à plat », comme l'a dit LAGROT, en complétant au besoin par une épiplooplastie.

GOINARD dit qu'il existe toujours dans les kystes hydatiques ouverts aux voies biliaires, une oddite scléreuse associée. Il l'a d'ailleurs vérifié histologiquement. Pour nous cette oddite, bien que fréquente, n'est pas constante. Elle doit d'ailleurs être considérée comme réversible tout au moins au début. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation de Salem Ben A... qui a été traité par drainage cholédocien après évacuation du kyste sans spinctéroplastie.

S'il existait une oddite scléreuse irréversible, comment donc expliquer l'évolution favorable dans ce cas : la réduction de la poche kystique vérifiée par cholangiographie, le passage normal du liquide opaque dans le duodénum, et la disparition de la fistule biliaire externe ?

La sphinctéroplastie est assurément un excellent procédé, mais son emploi systématique nous semble abusif, et à notre sens, il n'y a lieu de la pratiquer que quand on a la preuve par cholangiographie et manométrie, d'un passage difficile à travers l'oddi.

De son côté BOURGEON ne propose de retenir que 3 sortes d'intervention :

- La marsupialisation;
- La kystectomie;
- La résection hépatique réglée.

— Mais la marsupialisation, « ce drainage large à l'extérieur d'une poche dont la plus grande partie de la périkystique est laissée en place », n'est-elle pas un moyen d'entretenir sinon de provoquer une infection interminable de la cavité résiduelle ? Et quand il y a ouverture du kyste aux voies biliaires, une cholerrage peut mettre les jours du malade en danger.

— La kystectomie peut être dangereuse, en particulier s'il s'agit d'un kyste profond, par l'hémorragie et par la blessure des canaux biliaires.

— Quant à l'hépatectomie réglée, bien que pratiquée chez un de nos malades, doit rester à notre avis un procédé d'exception parce qu'elle sacrifie à coup sûr du tissu sain, récupérable, et quand on connaît le pouvoir de régénération de ce tissu, on doit se résoudre difficilement à l'hépatectomie et employer d'autres procédés plus conservateurs.

A défaut de formule définitive nous nous devons d'adapter notre technique opératoire pour chaque cas, et bien que nos préférences vont pour la sphinctéroplastie, nous ne rejetons ni le simple drainage cholédocien, ni la grave hépatectomie réglée, qui, tous deux, nous ont donné d'excellents résultats.

BIBLIOGRAPHIE

- GOINARD, PEGULLO, PELISSIER : « Sur la sténose oddienne consécutive à l'ouverture des K H F aux voies biliaires. Déductions opératoires ». Séance du 18 juin 1958 des Mémoires de l'Académie de Chirurgie.
- LIARAS et FRAILONG : « Du traitement moderne des K H F ». Afrique Française Chirurgicale, janvier 1959.
- BOURGEON, PIETRI, GUNTZ, VIDEAU : « Résection hépatique dans les larges ouvertures biliaires ». Afrique Française Chirurgicale, juillet 1958.
- GOINARD, PEGULLO, PELISSIER : « K H F rompus dans les voies biliaires ». Afrique Française Chirurgicale, juillet 1958.
- BOURGEON, GUNTZ, CATALANO, VIDEAU : « Les communications broncho-pulmonaires et pariétales des K H F ouverts dans les voies biliaires ». Afrique Française Chirurgicale, septembre 1958.
- LIARAS, APROSIO, MALMEJAC, MEYER : « Fistules broncho-biliaires d'origine hydatique. Cholécotomie. Guérison ». Afrique Française Chirurgicale, 1956.

SEDACONES

Papavérine
Sédatifs végétaux
Butyléthylmalonylurée

Algies pelviennes
Hémorroïdes - Insomnies

1 à 3

suppositoires
par jour

LABORATOIRES A. BAILLY
SPEAB • 6, RUE DU ROCHER - PARIS 8^e

Agents dépositaires pour la TUNISIE :
M. M. VALENZA & C^{ie} 36, Rue Thiers - TUNIS

BÉCILAN

VITAMINE B₆ - PYRIDOXINE

- Comprimés dosés à 250 mg - Flacon de 20
- Ampoules dosées à 250 mg - Boîte de 10
- Ampoules dosées à 50 mg - Boîte de 5

- * SURMENAGE CARDIAQUE CHEZ LES SPORTIFS
- * INSUFFISANCE CARDIAQUE
- * ATHÉROMATOSE
- * INTOXICATION ÉTHYLIQUE AIGUË OU CHRONIQUE
- * DELIRIUM TREMENS
- * TREMBLEMENTS
- * POLYNÉVRITES TOXIQUES
- * VOMISSEMENTS

POSOLOGIE : Voie buccale ou voie parentérale : 250 mg à 1 g par jour.

La vitamine B₆ ne présente aucune toxicité.

La prolongation des traitements n'entraîne aucun risque d'intolérance.

SOCIÉTÉ PARISIENNE
RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC

A propos de deux cas de Sténose complète du Pylore consécutive à l'absorption volontaire de produits caustiques

par MM. Saïd MESTIRI et Antoine SÉROPIAN

—o—

Les deux observations que nous vous présentons, concernent des lésions antro-pyloriques de l'estomac, par absorption volontaire de caustique dans un but de suicide.

Dans les deux observations, le bas œsophage et le cardia étaient respectés. Si un tel fait est bien établi, son mécanisme demeure inconnu. La tactique opératoire que nous avons cru devoir adopter mérite d'être discutée.

OBSERVATION I

Fatma Bent Allala Bent T..., 26 ans, originaire du Kef. A été hospitalisée d'urgence le 11 juillet 1956 en O.R.L. pour ingestion volontaire de soude caustique.

A son entrée, la malade vomissait du sang, elle a été traitée d'urgence par des lavages gastriques. Elle continue à vomir tout ce qu'elle prend cinq minutes après la fin du repas jusqu'au 21-7-56 (10 jours). Puis elle va mieux, elle rentre chez elle.

Le 5 août 1956 : 25 jours après, nouvel épisode de vomissements et de douleurs épigastriques. La malade voit apparaître une constipation opiniâtre et une déshydratation très marquée; on l'adresse à la consultation de Chirurgie.

Le 11 août 1956 : On fait des radios d'estomac qui montrent une sténose du pylore sans lésions œsophagiennes.

Le 22 août 1956 : Une gastro-entérostomie a été pratiquée dans le Service.

Après l'incision sus-ombilicale et la gastrostomie on voit une muqueuse gastrique nécrosée par endroit et un pylore sténosé et très œdématié. Pas d'adhérences aux organes voisins.

La malade est suivie régulièrement à la consultation externe du Service par le Docteur HAJERI qui nous signale qu'elle a des suites post-opératoires absolument normales.

OBSERVATION II

Il s'agit d'une femme de 45 ans admise dans le Service de Chirurgie A de l'Hôpital Habib Thameur d'urgence, le 16 décembre 1959, pour douleurs abdominales diffuses avec brûlures gastriques et vomissements alimentaires. Au cours de son interrogatoire, elle avoue avoir bu intentionnellement, il y a trois mois, un grand verre de soude caustique. Elle n'a reçu aucune thérapeutique immédiate. Puis une quinzaine de jours après elle commence à avoir des douleurs et des brûlures gastriques, deux heures après les repas. Elles étaient accompagnées de temps en temps par des vomissements alimentaires. Cet état de chose empire, les douleurs d'abord légères, augmentent et la malade rejette tous les aliments ingérés dès la fin du repas. Elle aurait perdu 18 kgs en trois mois.

TABLEAU DE LA STENOSE PYLORIQUE COMPLETE
ET LA DESHYDRATATION

Un clapotage énorme de la région épigastrique à jeun. Foie, rate, et autres appareils R.A.S. Absence d'hématémèses et de mœlena.

Examen de laboratoire :

Urée sanguine : à 1 gr le 29-12-59.

Examen radioscopique baryté montre :

Un passage et une morphologie œsophagienne normale.

Radio de l'estomac montre :

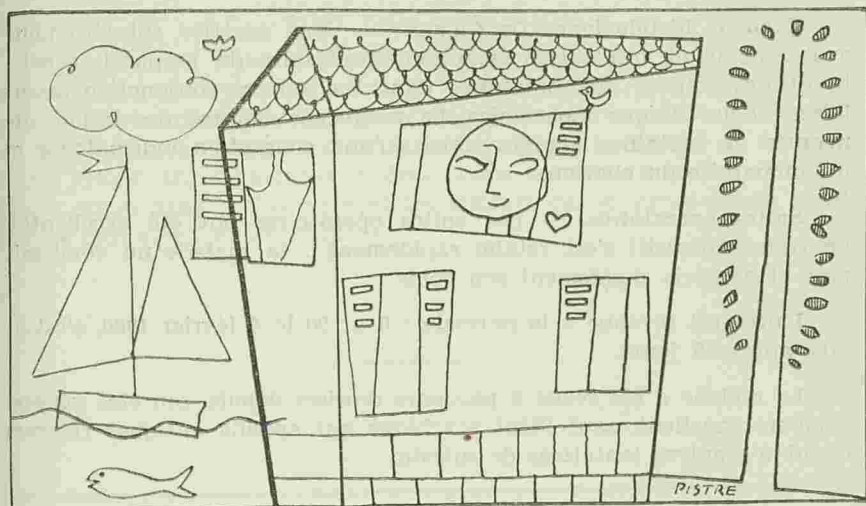
- Une sténose du pylore isolée et complète;
- Le tiers inférieur de l'œsophage sans lésions;
- Les lésions portent essentiellement sur l'antra pylorique et le pylore;
- Elles montrent une raideur de la région antro-pylorique qui devient tubulée avec effacement des plis.
- Absence complète du passage duodénal.

En présence de cet état de dénutrition nous posons l'indication d'une gastro-entérostomie.

* * *

Protocole opératoire (Dr SEROPIAN). — Dès l'incision on découvre une véritable péritonite plastique de l'étage sus-méso-colique. On arrive à isoler peu à peu l'estomac et on pratique une gastro-entérostomie.

La paroi gastrique était épaisse, la muqueuse rouge, œdématiée, saignant facilement. Nous profitons de la gastro pour inspecter et palper le rétrécissement qui se présente comme un anneau fibreux avec



deux médicaments saisonniers

Thiacyl au caroube

granulé fin, à base de sulfasuccithiazol et de farine de caroube

Bactériostatique et astringent:

**diarrhées aiguës
diarrhées estivales**

Mycodécyl

pommade, poudre, solution, à base d'acide undécylénique

Antifongique:

**mycoses des extrémités et des plis
mycoses des muqueuses**

THÉRAPLIX

98, rue de Sèvres - PARIS VII^e

sténose complète du pylore tel qu'il n'admet pas l'introduction d'une pince. Biopsie muqueuse.

Examen histologique (Dr CHADLY). — Une gastrite sub-chronique avec œdème et infiltration lymphoplasmocytaire de la paroi, constituant des coulées inflammatoires dans les espaces conjonctivo-vasculaires de la tunique musculaire. La muqueuse montre des lésions de nécrose de certaines glandes ainsi qu'une congestion œdémateuse et inflammatoire du chorion.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été excellentes. Le transit digestif s'est rétabli rapidement : la malade ne vomissait plus et a repris rapidement son poids.

L'urée est revenue à la normale : 0 gr 20 le 4 février 1960, c'est-à-dire après 35 jours.

La malade a été revue à plusieurs reprises depuis, son état général demeure excellent, sauf l'état psychique qui appelle quelques réserves quant à d'autres tentatives de suicide.

* * *

Ces deux observations appellent de notre part les commentaires suivants :

1° Sur le plan étiologique, nos observations viennent confirmer ce qu'on savait déjà, par les travaux de nombreux auteurs, et en particulier par la dernière observation de GANEM (31-3-54, page 388, Mémoires Ac. Chirurgie) : que dans les cas de tentatives de suicide, c'est-à-dire d'absorption volontaire de produits caustiques. Les lésions œsophagiennes sont exceptionnelles et même inexistantes. Par contre les lésions antrales et pyloriques sont la règle. Nos deux observations sont des tentatives volontaires de suicide et ne comportent que des lésions strictement antro-pyloriques.

L'explication d'un tel fait n'est pas encore démontrée, elle reste toujours dans le sens d'une contraction volontaire du cardia en cas de déglutition accidentelle et d'une béance du cardia dans le cas d'une déglutition volontaire.

Sur le plan clinique, il nous faut signaler la rapidité avec laquelle les phénomènes de sténose se sont installés (15 jours après l'ingestion) et le profond déclin de l'état général, avec l'azotémie classique de sténose du pylore (1 gr).

2° Sur le plan thérapeutique nous avons cru devoir pratiquer des gastro-entérostomies en raison non seulement de la complexité des lésions locales qui, dans le premier cas tout au moins, contre-indiquent la ré-

section gastrique, mais aussi parce que nous pensons que la gastro-entéro-anastomose reste l'intervention de choix dans ce type de lésion.

Notre opinion rejoint celle de MIALARET, qui rapportant à l'Académie de Chirurgie l'observation de R. GANEM déclarait : « On reproche à cette intervention pratiquée pour des lésions de ce genre le danger du développement ultérieur d'un cancer gastrique au niveau de l'antra, et du pylore, chroniquement ulcérés; mais ce n'est, à notre connaissance, qu'un danger théorique et les auteurs qui le signalent ne l'ont jamais personnellement vérifié ».

— 0 —

TABLETTES CAVED - (S)

au Suc de Réglisse déglycyrrhizinisé

— 0 —

TRAITEMENT DES GASTRITES, GASTRITES SURAJOUTÉES,
GASTRITES MÉDICAMENTEUSES.

PROTECTION DE LA MUQUEUSE GASTRIQUE
CONTRE LES INCIDENTS DIGESTIFS
PROVOQUÉS PAR LES ANTI-INFLAMMATOIRES

Laboratoires de l'AMBRINE : 22, Rue Perceval, Paris-14^e

TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Avenue de Londres — TUNIS

les trois corticostéroïdes majeurs

CORTANCYL

Flacons de 30 comprimés dosés à 5 mg et à 1 mg de dexaméthasone

HYDROCORTANCYL

Flacons de 30 comprimés dosés à 5 mg (avec barre de cassure) et à 1 mg de dexaméthasone

DECTANCYL

Flacon de 30 comprimés, avec barre de cassure, dosés à 0,55 mg d'acétate de dexaméthasone correspondant à 0,50 mg de dexaméthasone base

Tableau A
Remboursables par la Sécurité Sociale (Article 115)
Agréés par les Collectivités publiques (AMG)

LES LABORATOIRES ROUSSEL

35, boulevard des Invalides, PARIS-VII^e

ALGER : Société algérienne des Laboratoires Roussel, 28, r. Clouzel

CASABLANCA : Société marocaine des Laboratoires Roussel
382, boulevard Mohammed-V

TUNIS : O. S. P., 10, rue Amilcar



Dilatation Bronchique après Primo-Infection Tuberculeuse.

Travail fait à l'Hôpital Abderrahmane Mami — Ariana

par les D^{rs} EL GHARBI B., BOUJENAH J., HALFON S.,

BEN SALAH M., BLOCH E., ABDELMOULA Moncef

—o—

Dans notre pays la primo-infection touche presque essentiellement les enfants et les adolescents, rarement les adultes. Ceci explique pour une large partie les manifestations bronchiques liées à cette primo-infection et les complications ultérieures. « A 15 ans, 75 % des cuti-réactions sont positives, enquête de Djebel Lahmar ». Cependant il s'y ajoute d'autres phénomènes qui sont ceux-là d'ordre beaucoup plus inhérent à la situation sociale du pays :

— D'abord défaut de diagnostic précoce de la primo-infection.

— Ensuite contamination massive et prolongée due essentiellement au non isolement du contaminateur. Ce non isolement est dû à plusieurs facteurs : dépistage tardif des tuberculeux bacillifères; ensuite, insuffisance de l'équipement hospitalier : un tuberculeux même dépisté précocement n'est pas toujours sûr de pouvoir trouver un lit pour se faire hospitaliser. Le problème des chroniques est toujours angoissant : dès qu'un malade passe à la chronicité, dès qu'on estime à tort ou à raison qu'il devient pratiquement irrécupérable, il est renvoyé d'un hôpital à un autre et même s'il est hospitalisé, c'est toujours pour un temps donné après lequel il gardera toujours ses bacilles.

Ces différents facteurs : l'âge des sujets primo-infectés, l'abondance des germes infectants vont imprimer une allure spéciale à la primo-infection chez le jeune tunisien. En effet, très souvent, la primo-infection va se traduire par des adénopathies massives au niveau du médiastin. Ces grosses masses vont se trouver en contact de tuyaux bronchiques de faible calibre, très souples, extrêmement malléables grâce à leur faible paroi encore peu défendue par la rigidité des cartilages. Ces ganglions vont agir de deux façons :

1° **Par simple action mécanique** : le volume des adénopathies va créer par refoulement de la paroi bronchique une diminution de la lumière et la ventilation du territoire correspondant va de ce fait se trouver parfois considérablement diminuée.

2° **Par action inflammatoire** : la portion de la paroi refoulée va s'hyperhémier, puis une véritable inflammation va s'installer, la mu-

queuse bronchique ne réagira pas au badigeonnage des vaso-constricteurs. Ainsi se créera une diminution du calibre bronchique et par là même un défaut de la ventilation. Ces deux facteurs d'ailleurs vont très souvent s'intriquer, évoluer de pair, créant une sténose parfois complète du territoire incriminé.

A un stade ultérieur, ces grosses masses ganglionnaires auront tendance à se ramollir, à se fistuliser : le bourgeonnement plus ou moins important qui se fait autour de la fistule va créer une obstruction murale, les masses caséuses qui vont se trouver à l'intérieur de l'endobronche vont créer une obstruction endomurale. D'ailleurs, même après le rejet de ce caséum, un autre phénomène, celui-là lié à la nature même de la maladie tuberculeuse, va intervenir : une inoculation de la muqueuse bronchique va se produire qui créera elle aussi une sténose de la lumière.

Ces différents mécanismes expliquent les opacités qui accompagnent souvent nos primo-infections et il est facile de comprendre les remaniements bronchiques très importants qui vont se produire à l'intérieur de ce territoire exclu de l'aération : à la longue, une infection suppurée localisée à un secteur bronchique (segment, lobe ou même poumon entier) va s'installer pendant un temps assez long. Le défaut de ventilation pulmonaire, les troubles de l'excrétion avec comme corrolaire la stagnation, les troubles vasculaires sont les éléments pathogéniques qui expliquent les suppurations bronchiques et pulmonaires consécutives à ces sténoses.

Les observations que nous vous rapportons sont malheureusement incomplètes : en effet, il ne nous a été que très rarement donné de suivre le phénomène lui-même et ce n'est que par des recoupements successifs ou bien par l'allure même de la maladie que les diagnostics de dilatation bronchique post-primaire ont été posés. Les malades qui ont été hospitalisés dans nos services respectifs pour D.D.B. soupçonnés cliniquement ou radiologiquement et vérifiés par bronchopneumodol sont en assez grand nombre, plus de cinquante. Parmi eux, nous avons retenu 25 observations, c'est-à-dire presque la moitié, qui nous semblent rentrer dans le cadre des D.D.B. post-primaires. Parmi eux, 10 filles et 15 garçons.

La proportion différente dans les deux sexes s'explique uniquement par le fait que les services des garçons ont été au départ plus importants que les services des filles. L'âge de nos petits malades se situe entre 6 ans pour le plus jeune et 15 ans pour le plus âgé. 11 de nos malades ont un âge compris entre 11 et 15 ans. 14 malades ont un âge compris entre 5 et 10 ans.

CONDITIONS DE DECOUVERTES

Les conditions de découvertes sont variées. La plupart de nos petits malades étaient inconnus de nous avant leur hospitalisation :

ORTHO-GASTRINE

BOURGET CITRATÉ

SOUS-BICARBONATÉ

LABORATOIRES

A. LE BLOND

15, R. JEAN JAURES - PUTEAUX

(SEINE) - TÉL: LON. 07-36

Remboursé S.S.
P : cl. I



FOIE

ESTOMAC

INTESTIN

Ortho-  *Gastrine*

FORMULE :

(Paquet-Dose)

Sulfate de soude desséché : 0,35
Phosph. de soude desséché : 0,25

Bicarbonate de soude : 0,10
Citraté de soude : 0,10

a) 4 ont été dépistés lors d'examen de contrôle fait dans les écoles.

b) 5 découverts à la suite d'un examen radiologique fait, soit dans un dispensaire, soit par un médecin de ville lors d'un seul épisode bronchique, alors que la primo-infection était totalement ignorée.

c) 1 découvert après un examen systématique fait à l'occasion d'une seule hémoptysie.

d) 6 ont été découverts à la suite d'examen systématique radiologique chez des petits enfants présentant des épisodes bronchiques à répétition.

e) Les 9 restants étaient des malades connus et soignés pour primo-infection tuberculeuse. Mais très souvent ces malades qui ont été soignés en ambulatoire ou bien hospitalisés dans des centres spécialisés nous ont été adressés parce qu'ils gardent ces anomalies radiologiques après un traitement et un repos assez long. Sur ces 9 malades d'ailleurs, peu avaient présentes des phénomènes bronchiques.

Dans notre statistique, 7 ont présenté des dilatations bronchiques bruyantes, c'est-à-dire caractérisées depuis longtemps par des bronchites à répétition. 3 seulement d'entre eux sont des cracheurs. Il s'agit là d'un fait très caractéristique des D.D.B. post-primaires chez les enfants. Elles restent très souvent muettes.

En plus de cette latence remarquable dans la plupart de nos observations, il y a un autre point sur lequel nous voulons insister, c'est la négativité des examens bactériologiques. En effet, aucun de nos malades n'a présenté pendant tout son séjour à l'hôpital et malgré la répétition des examens, des bacilloscopies positives. Tous ont eu plusieurs examens directs des crachats par écouvillonnage. Tous ont eu des cultures de leurs crachats. Mais aucun d'entre eux n'a présenté un examen positif. Les vitesses de sédimentation ne sont jamais élevées et ceci surtout lorsque les D.D.B. sont muettes cliniquement. Les chiffres trouvés varient entre 6 et 10 pour la première heure et 10 et 20 pour la deuxième heure. Cependant, elles sont plus élevées lorsque ces D.D.B. sont bruyantes : entre 12 et 20 pour la première heure et 30 à 55 pour la deuxième heure. D'ailleurs, ces vitesses de sédimentation reviennent très vite à la normale après le traitement de l'épisode bronchique par des antibiotiques appropriés sans adjonction d'antibiothérapie ou de chimiothérapie anti-tuberculeuse.

Les réactions cutanées à la tuberculine sont constamment positives.

Nous nous sommes attachés à faire une classification des images radiologiques avant le lipiodol. Là il y a un polymorphisme considérable. Cependant dans nos observations nous pouvons les schématiser comme suit :

1° 2 : poumons opaques.

2° 9 : opacités rétractives localisées à une zone pulmonaire dont 3 présentent des adénopathies.

3° 7 : images aréolaires ou trabéculaires.

4° 3 : coulées cardiophréniques dont un présente aussi une opacité rétractile du sommet.

5° 3 : uniquement décalcification.

6° 3 : images ganglionnaires, toutes s'accompagnant d'autres modifications radiologiques.

L'examen attentif de ces différentes images montre que déjà sur les images radiologiques sans préparation on peut soupçonner la D.D.B. Dans 3 cas seulement, la radiographie sans préparation montre uniquement des calcifications et c'est seulement l'examen lipiodolé qui nous a permis de mettre en évidence les D.D.B. La présence de calcification dans le champ hilair, surtout si elles sont importantes, doit toujours faire soupçonner une atteinte bronchique associée. Nous n'avons pas trouvé dans tous les cas où ces calcifications existent ces atteintes bronchiques bien que nous essayons actuellement de faire d'une façon systématique des broncho-lipiodols toutes les fois que nous nous trouvons en présence de calcification, ainsi nous pourrions peut-être donner plus de précisions sur leur fréquence et leur importance.

L'EXAMEN BRONCHO-LIPIODOL

Nous n'avons pas fait d'examen bronchoscopique systématique chez tous les malades qui ont été étudiés et ceci pour une raison bien simple : l'appareillage bronchoscopique de l'hôpital de l'Ariana ne nous a été fourni que dernièrement. L'examen broncho-lipiodolé a été fait toujours des deux côtés. Notre technique consiste le plus souvent à opérer en deux fois, c'est-à-dire ne faire qu'un seul poumon à la fois et ceci pour avoir des profils corrects. Nous n'employons que le lipiodol sulfamidé. Nous n'avons pratiquement jamais de stagnation de lipiodol dans les bronches. Nous arrivons ainsi à avoir un bilan convenable. Nous n'insisterons pas sur la préparation de nos petits malades : des infections soignées des bronches, antibiothérapies, quelquefois cure de posture quand le malade crache, gardénalisation pendant 3 nuits de suite et enfin le matin du lipiodol, nous faisons du Nargéol en petite quantité suivant l'âge du malade, un quart à une demi-ampoule. L'anesthésie est faite à la tétracaïne à 1 % par pulvérisation pour l'oropharynx, à 1/2 % pour l'anesthésie intratrachéale lorsqu'il s'agit de grands enfants. Pour les enfants plus jeunes nous employons la solution à 1/2 % pour les 2 temps.

Jusqu'à présent nous n'avons eu aucun accident à signaler. Cependant de légers incidents peuvent survenir, soit spasme léger de la glotte

qui cède très vite quand on arrête l'anesthésie. Une fièvre à 39° le soir de l'examen qui dure une seule journée et qui cède très vite au phénergan. Quelquefois des éruptions urticariennes ont apparues chez quelques malades, mais elles n'ont jamais eu aucune gravité et ont toujours cédé rapidement aux antihistaminiques. Une sonde intratrachéale est introduite dans la trachée et sous écran nous pouvons la diriger dans la zone à examiner : bien rares sont les enfants indociles et récalcitrants et le nombre de fois où nous avons été obligés d'arrêter notre examen pour indocilité est minime. La quantité de lipiodol sulfamidé injectée dans un seul poumon varie de 4 à 10 cm³ suivant l'âge du malade. L'injection est faite, l'enfant étant couché sur un brancart. Ainsi il peut être manœuvré de façon telle que tous les territoires bronchiques du poumon soient injectés. Le liquide après avoir été chauffé au bain-marie est injecté très lentement pour éviter sa pénétration brusque dans les alvéoles, ce qui peut provoquer leur effraction et donner des images illisibles.

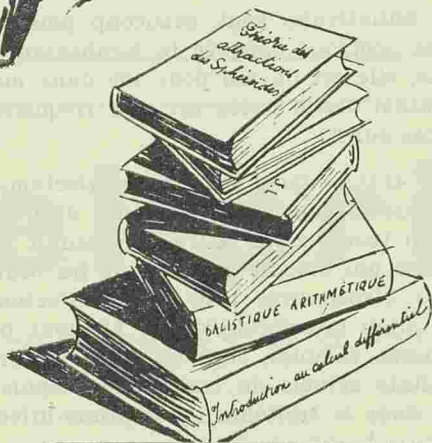
Les différentes images que nous avons obtenues par cette méthode nous permettent de faire une classification des déformations bronchiques post-primaires. Du point de vue morphologique il est à remarquer que très peu de ces dilatations sont du type cylindrique. Quatre seulement sur nos vingt-cinq observations. C'est-à-dire le sixième. D'ailleurs sur ces quatre dilatations on ne peut trouver qu'une seule observation où les D.D.B. sont vraiment cylindriques, les trois autres sont dilatées uniformément, mais présentent aussi quelques renflements légers. Ce phénomène se comprend aisément quand on songe à leur pathogénie : destruction de ces bronches par un processus microbien. Toutes les autres D.D.B. sont, soit du type ampullaire, soit sacciforme.

LOCALISATION DE CES DILATATIONS BRONCHIQUES

Dans les deux cas où nous avons des poumons opaques, il s'agit toujours du poumon gauche. Bien que nous ne pouvons pas tirer de conclusions hâtives sur la plus grande fréquence du côté gauche dans les poumons opaques, il semble cependant qu'il en est ainsi. Dans un travail fait par l'un de nous, le Dr HALFON : sur 11 cas de poumons sombres après primo-infection, 9 étaient de localisation gauche. Ceci s'explique aisément uniquement par la morphologie de la bronche souche gauche. Sa situation horizontale facilite au moment de sa compression par l'adénopathie tuberculeuse, la stagnation et par là même l'infection en aval de la compression. En dehors de ces deux cas de poumon détruit :

- 13 dilatations sont de localisations droites;
- 5 dilatations de localisations gauches;
- 5 bilatérales.

" REND TOUT EFFORT FACILE "



**NÉVROSTHÉNINE
- GLYCOCOLLE
FREYSSINGE**

boîte de 10 ampoules
coffret de 20 ampoules



LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL - PARIS (12^e)

— **D.D.B. droites :**

- Lobe supérieur, lobe moyen et lobe inférieur (2 cas).
- Lobe supérieur uniquement (3 cas).
- Lobe supérieur et lobe moyen (2 cas).
- Lobe inférieur seul (2 cas).
- Lobe moyen seul (3 cas).
- Lobe moyen et lobe inférieur (1 cas).
- Lobe supérieur et lobe inférieur (2 cas).

— **D.D.B. gauches :**

- Lobe supérieur gauche (2 cas).
- Lobe inférieur gauche uniquement (0 cas).
- Lobe inférieur et lobe supérieur (3 cas).

— **D.D.B. bilatérales (5 cas) :**

- 1 cas uniquement localisé aux deux bases;
- 1 cas touchant pratiquement toutes les bronches;
- les 3 autres, localisations diverses.

Les localisations unilatérales sont beaucoup plus fréquentes : 20 sur 25, et si dans les poumons opaques la localisation gauche est de loin la plus fréquente, elle est de 100 pour 100 dans notre statistique, par contre la localisation droite isolée est plus fréquente que la localisation gauche : 13 cas sur 23.

La fréquence des D.D.B. après les primo-infections tuberculeuses était importante si nous jugeons par le nombre de dossiers que nous avons pu réunir en un temps assez court; il y aurait même intérêt à revoir tous les malades qui étaient suivis dans les différentes formations hospitalières ou dispensaires pour primo-infection tuberculeuse sévère et à faire un bilan broncho-lipiodolé. Là nous pourrions juger sur des statistiques assez valables, elles serviront à faire une comparaison avec les résultats actuels du traitement, depuis l'introduction de la corticothérapie dans le traitement des primo-infections tuberculeuses.

Sur les 25 malades étudiés nous nous sommes attachés à trouver un contage, malheureusement il nous a été impossible de faire des enquêtes serrées par suite du manque d'assistantes sociales : 4 seulement de nos malades ont le père ou la mère atteints d'une tuberculose connue et suivie, ce qui fait à peine 17 %. Ce chiffre est loin de correspondre aux statistiques du Dr BLOCH faites au dispensaire de l'hôpital Charles Nicolle : sur 5.087 cas, le contage a pu être trouvé 1.501 fois et ceci d'autant plus aisément que le malade est plus jeune.

CONCLUSION

La primo-infection tuberculeuse, lorsqu'elle s'accompagne de défaut de ventilation, peut entraîner de grosses modifications bronchi-

ques. Certaines sont bien supportées, mais d'autres occasionnent une infirmité grave. Et ceci pendant toute la vie de l'individu.

Le traitement des primo-infections doit non seulement viser à éviter les essaimage, mais aussi prévenir les dilatations bronchiques. Nous ne sommes plus aussi désarmés que par le passé.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence de grosses masses ganglionnaires tuberculeuses médiastinales, il y a intérêt à faire systématiquement un examen bronchoscopique. Ce qui permettra de vérifier l'état des bronches et s'il y a fistulisation, aspirer le bouchon caséux qui bouche la lumière bronchique, nettoyer par des vaso-constricteurs cette lumière. Ceci permettra d'éviter ces troubles de ventilation par la désobstruction des bronches. Ensuite la corticothérapie réduit d'une façon non négligeable toute l'inflammation péri-bronchique occasionnée par ces grosses masses.

— 0 —

Melleril 10

dragées dosées à 10 mg. de thioridazine

détend le corps et l'esprit

1 à 2 dragées

3 fois par jour aux repas

Remboursé par la S. S.

Prix Classe 3

LABORATOIRES SANDOZ, S. A. R. L. : 6, rue de Penthièvre, PARIS-8^e

Dépositaire général : O. S. P. : 10, rue Amilcar, TUNIS

RESUME DE NOS OBSERVATIONS

Noms	Sexe	Age	Primo-Inf. connue	Conditions de découverte	Contact prouvé	Eléments radio-clinic	Lipiodol	Eléments bronchiques
1 Chadly . . .	G.	13	0	Dépistage scolaire	0	Adénopathie paratrachéale droite. Image aréolaire sommet droit. I.D. + V.S. 6.15.	Dilatation en nid d'abeilles du segment apical et dorsal L. S.D.	0
2 Moh. Ch. . .	G.	8	à 3 ans	Dépistage scolaire	0	Coulée cardiaque triangulaire droite, chancro calcifié moyen droit, calcification Inter Br. Dr. V.S. 19.30. Cuti : +.	Dilatation cylindrique du segment dorsal du lobe inférieur D.	0
3 Aroussia M.	F.	13	connue et traitée	Suivie au Dispensaire	?	Calcification au niveau des deux champs pulmonaires avec opacité rétractile du sommet droit V.S. 4.6. Cuti : +.	Dilatation monoliforme du lobe S.D.	0
4 Rafika B. A.	F.	13	connue depuis 1956	Suivie au Dispensaire	?	Opacité rétractile avec images aréolaires. L.S.G. Calcification. Poumons D. Cuti : +. V.S. 4.6.	Dilatation en nid d'abeilles L.S.G., dilatation kystique du Nelson.	0

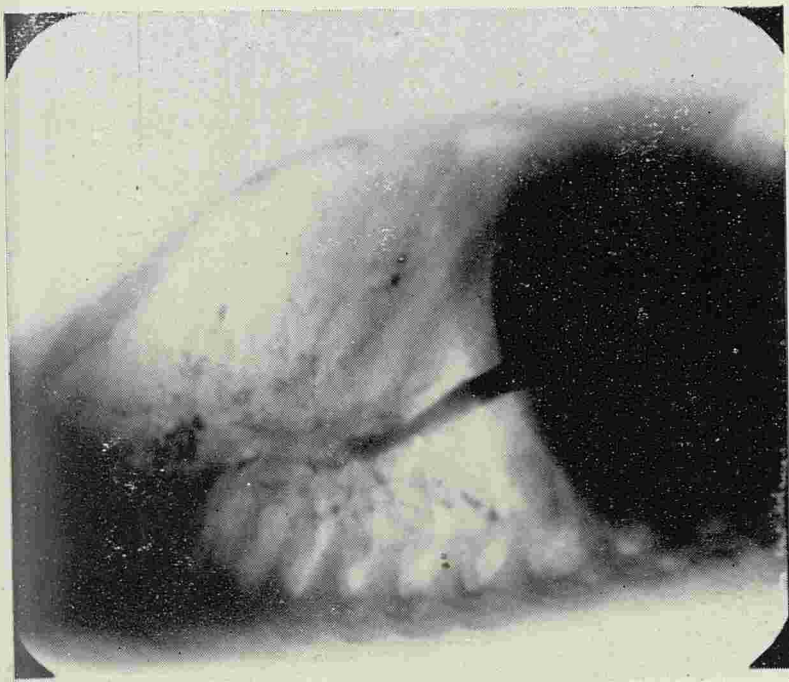
Noms	Sexe	Age	Primo-Inf. connue	Conditions de découverte	Contact prouvé	Eléments radio-clinic	Lipiodol	Eléments bronchiques
5 Fatma Bent Moh. Tahar	F.	7	connue depuis 1 an non soignée		0	L. S. D. rétractile. Ganglions para-trachéales D. Ganglions interbronchique G. Opacité triangulaire cardiophragmatique droite.	Dilatation ampul-laire touchant toutes les bronches.	0
6 Sophia Bent H.	F.	6	Hospitalisée en 1955 pour bronchite à répétition	Bronchites à répétitions	0	Opacité rétractile de la base droite avec images aréolaires. Ganglions médiastinaux découverts à l'intervention.	Dilatation saxiforme du L.I.D. et du L.M.D.	bronchites à répétitions
7 Moha. C. H. G.	G.	8	0	Examen systématique scolaire	0	Opacité ganglionnaire para-trachéale D. Image aréolaire. Lobite rétractile supérieure.	Dilatation en nid de pigeons L.S.D. Dilatation monolobulaire	toux et expectoration ++
8 Fatma Bent H.	F.	9	0	Episodes bronchiques à répétitions	0	Calcification au niveau des 2 hiles V. S. : 20-38.	D.D.B. des 2 lobes inférieurs.	toux et expectoration
9 Jouada C.H. F.	F.	10	en 1955	Maladie suivie	père tuberculeux	Images aréolaires L.M.D.	D.D.B. saxiforme, lobe moyen.	toux et expectoration

Noms	Sexe	Age	Primo-Inf. connue	Conditions de découverte	Contact prouvé	Eléments radio-clinic.	Lipiodol	Eléments bronchiques
10 Hallah B. B.	F.	10	P. I. connue en 1955	Maladie suivie	0	Opacité rétractile L.S.D.	D.D.B. ampullaire L.S.D. cylindrique et saxiforme L.I.D.	toux
11 Nazia B. B	F.	15	en 1957	Adénopathie bilatérale suivie	pere tucerculeux	Opacité L.M.D.	D.D.B. saxiforme L.M.D. et segment ventral L.S.D.	
12 Ali B. A. H.	G.	14	0	Bronchite	0	Adénopathie inter-bronchique bilatérale. Images arcolaires et L.S.D.	D.D.B. saxiforme et ampullaire L.S.D. et L.I.D.	toux, expectoration
13 Zakia B. M.	F.	13	en 1956	Suivie	0	Rétraction L.S.D. et L.M.D. avec images aréolaires.	D.D.B. saxiforme L.S.M. et L.S.D. Segment ventral.	0
14 Tahar G.	G.	6	connue	Suivie	oncle tucerculeux	Calcification au niveau des 2 hiles, coulees para-cardiaques D. V.S. : 12-27.	D.D.B. cylindrique pyramide basal.	0
15 Moh. Salah	G.	10	en 1958	Hémoptysie	0	Infiltra sous claviculaire gauche.	D.D.B. cylindrique L.I.D. et L.S.D.	hémoptysie
16 Moha. Ben Ma.	G.	12	en 1955	Bronchites à répétitions	pere tucerculeux	Grosses calcifications para-aort. Calcification sus-diaphragm. V.S. : 15-41.	D.D.B. pyramide basal G. Segment para-cardiaque D cylindrique.	toux et expectoration

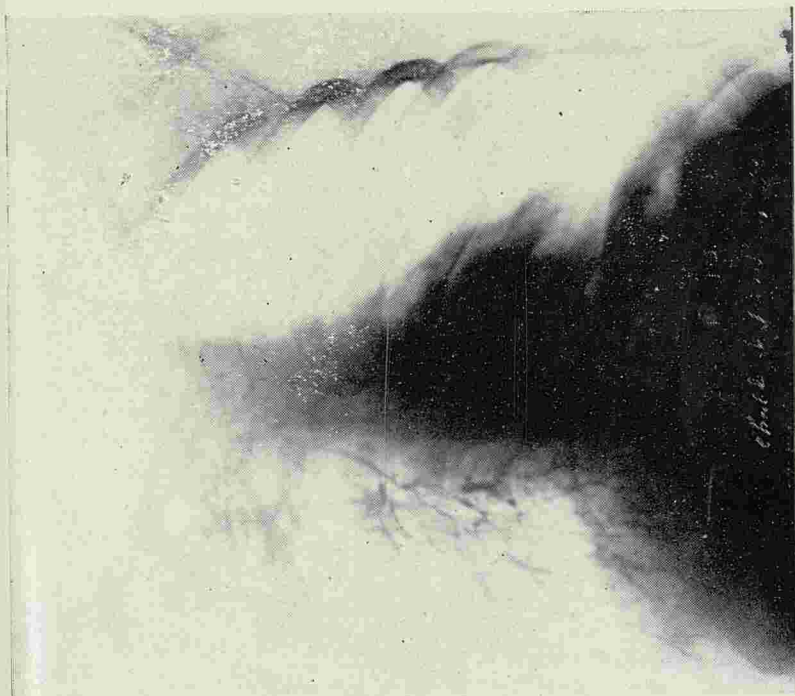
Noms	Sexe	Age	Primo-Inf. connue	Conditions de découverte	Contact prouvé	Eléments radio-clinic	Lipiodol	Eléments bronchitiques
17 Lashari Ben S.	G.	15	depuis 2 ans non traité	Bronchites à répétitions	0	Calcific. para-aort. G. V.S. : 28-57.	D.D.B. cylindrique basal gauche.	toux violente, expectoration
18 Moh. M. B.	G.	11	connue en 1957	Enfant suivi	0	Opacité rétractile L.S.G.	D.D.B. saxiforme L.S.G.	toux expectoration
19 Moktar L. . .	G.	6	0	Episode bronchique	mère tuberculeuse	Calcific. inter-br. G. Travées sommets G.	D.D.B. sacciforme. L.S.G. Segment ventral.	toux, expectoration
20 Ahmed Ben S.	G.	8	0	Bronchite	0	Opacité segment ventral. L.S.D. V.S. 29-57.	D.D.B. segment ventral L.S.D.	1 seul épisode
21 Lahbib A. I.	G.	11	0	Episode bronchique	0	V.S. 25-51, image trabéculaire G.	Grosses cavités L.M.G. et D.D.B. cylindrique G.	toux depuis 1 mois
22 Messaoud E. J.	G.	13	0	Episode bronchique	0	Image trabéculaire D.	D.D.B. sacciforme L.M.D.	1 seul épisode bronchique
23 Moncef B.A.	G.	11	0	Dépistage systématique	0	V.S. : 8-19; nodules calcifiés D.	D.D.B. ampullaire L.M.D.	1 seul épisode bronchique
24 Fatma B. B.	F.	11	suivie depuis 3 ans à Gabès	Suivie	0	Poumon G. opaque. V.S. : 27-56.	Destruction broncho-pulmonaire de tout le poumon G.	bronchites à répétitions
25 Moncef Ben A.	G.	12	depuis 5 ans	Examen systématique	0	Poumon G. opaque. V.S. : 27-56.	Grosses destructions broncho-pulmonaires de tout le poumon G.	0



TUNISIE : Ets COHEN-JONATHAN - 55, Av. de Londres — TUNIS



Obs. 5



Obs. 1

1875

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

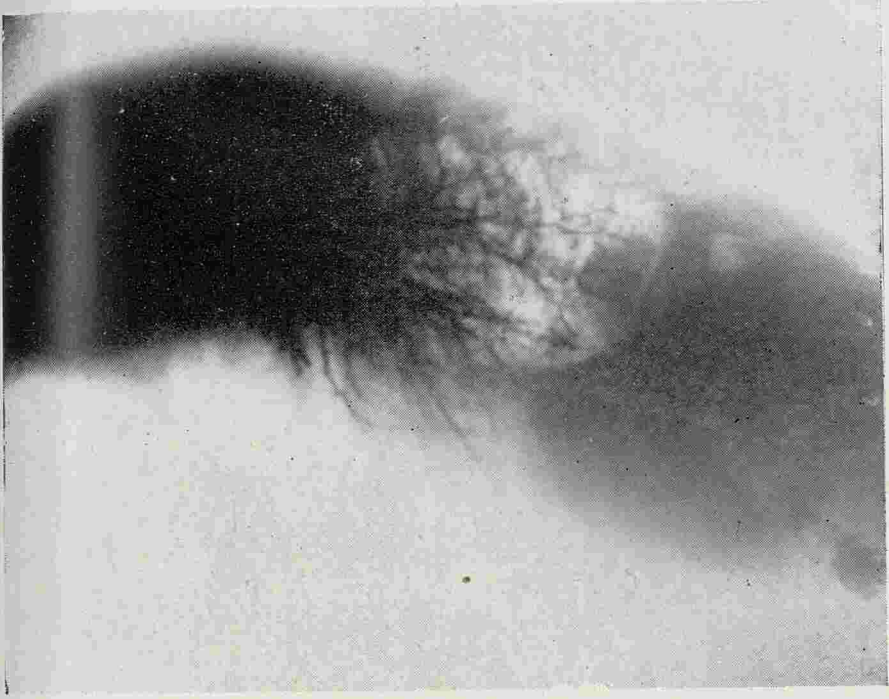
...

...

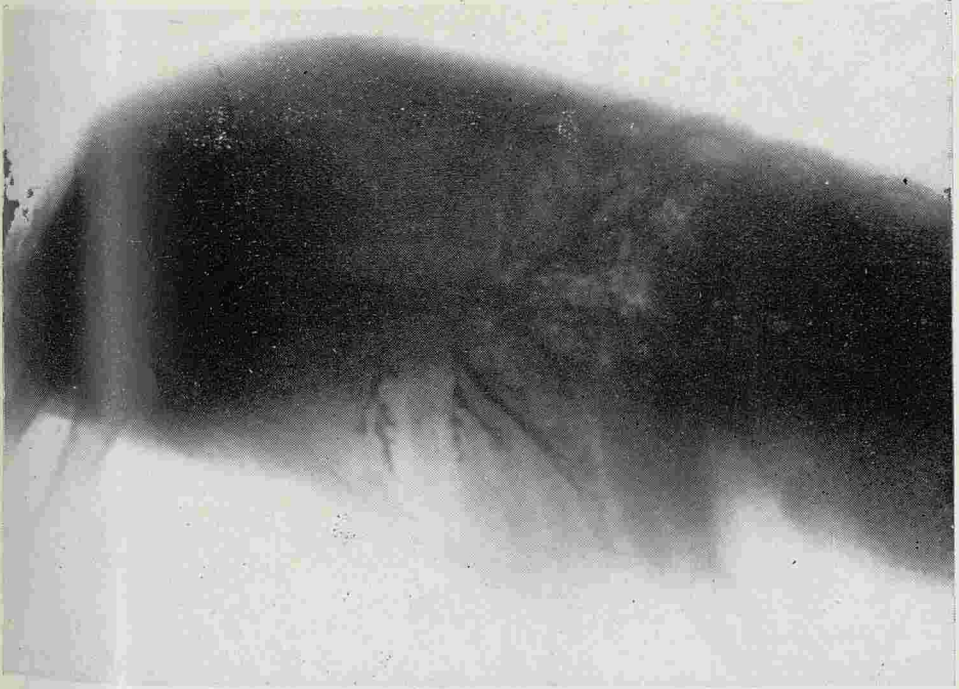
...

...

...

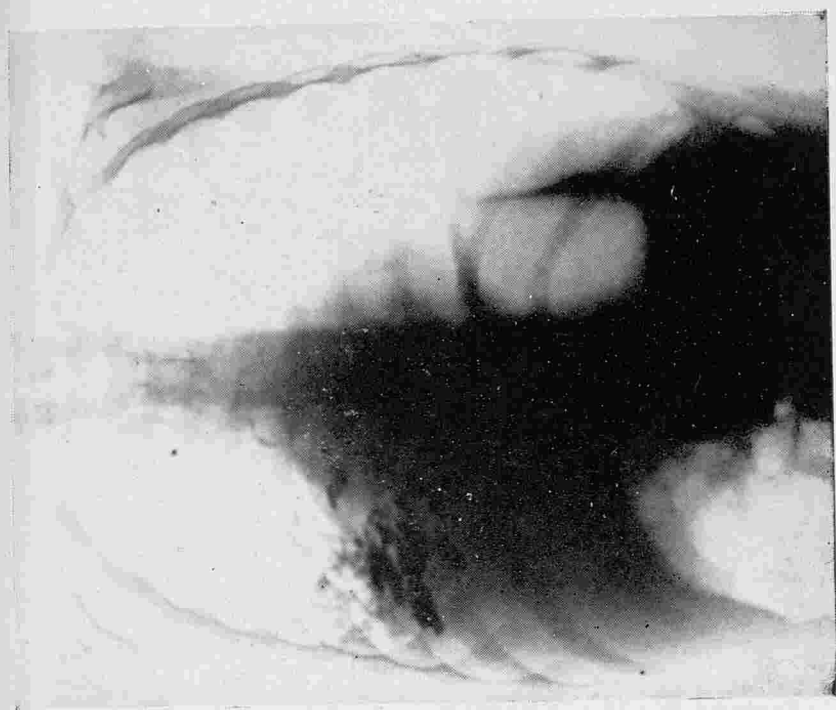


Obs. 4

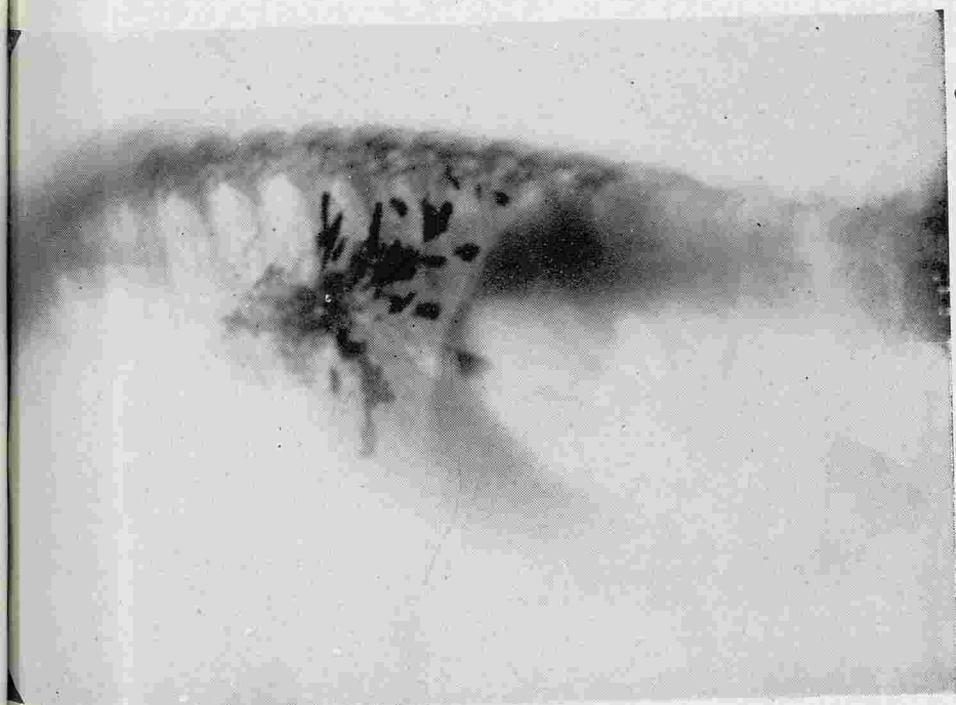


Obs. 4



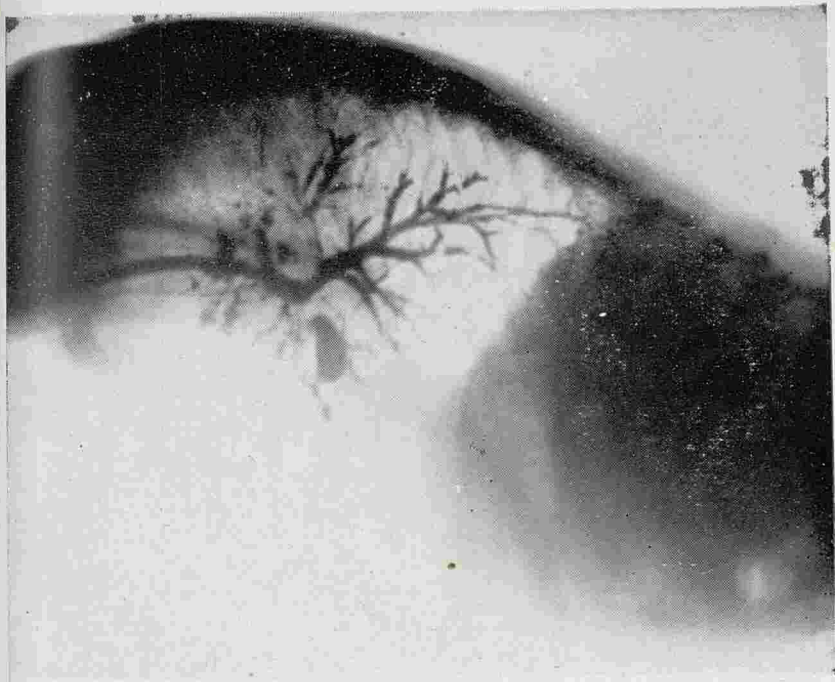


Obs. 6

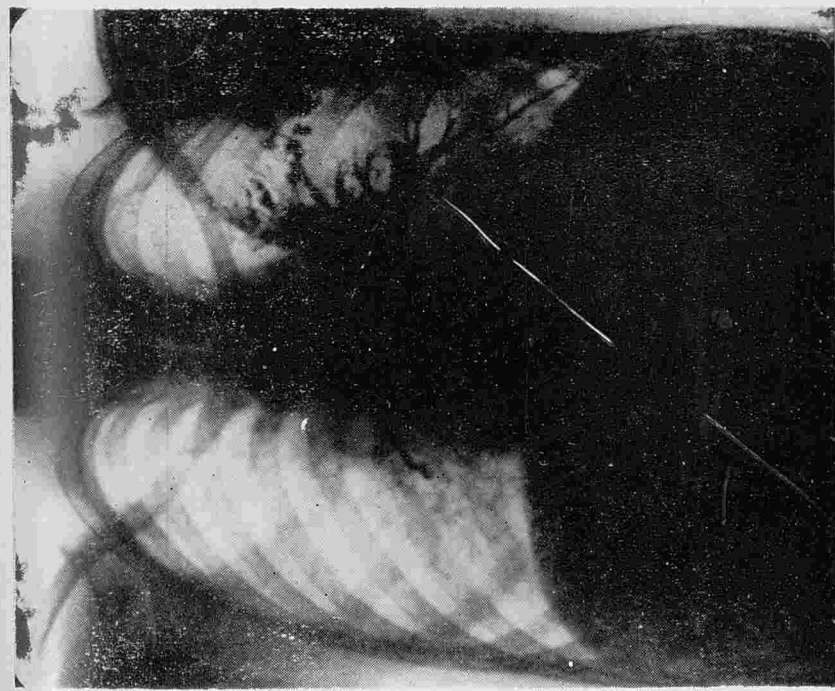


Obs. 6

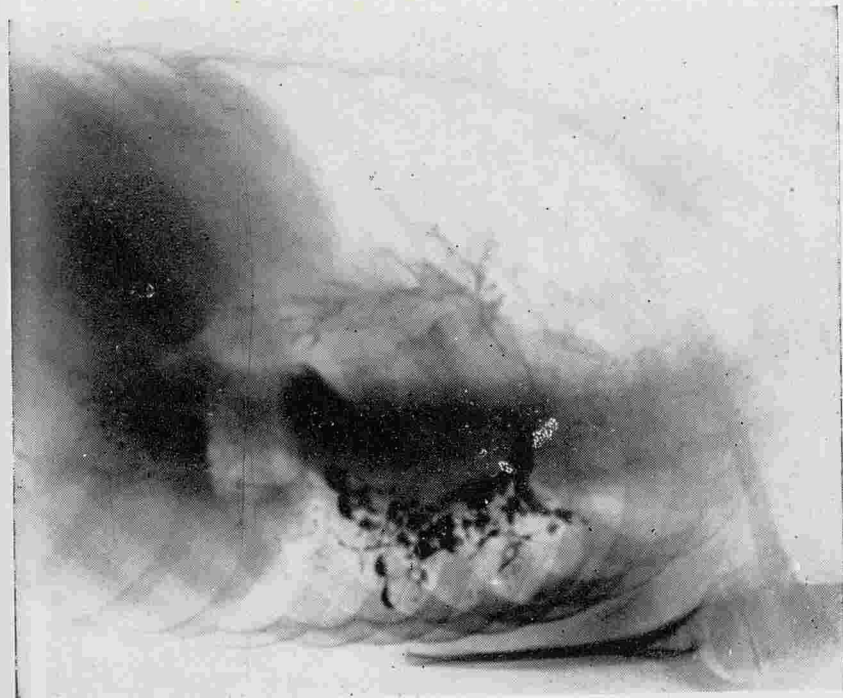




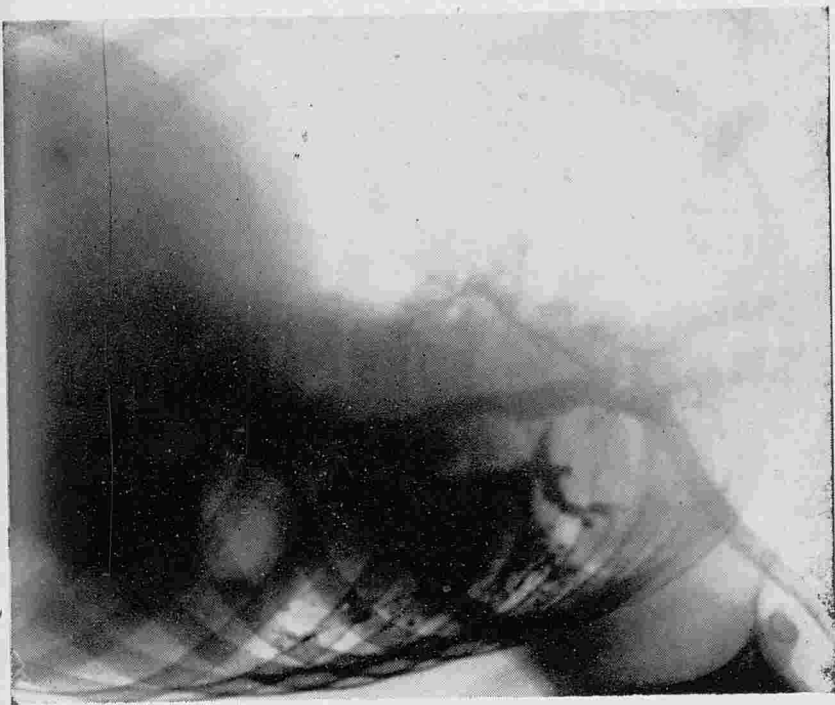
Obs. 21



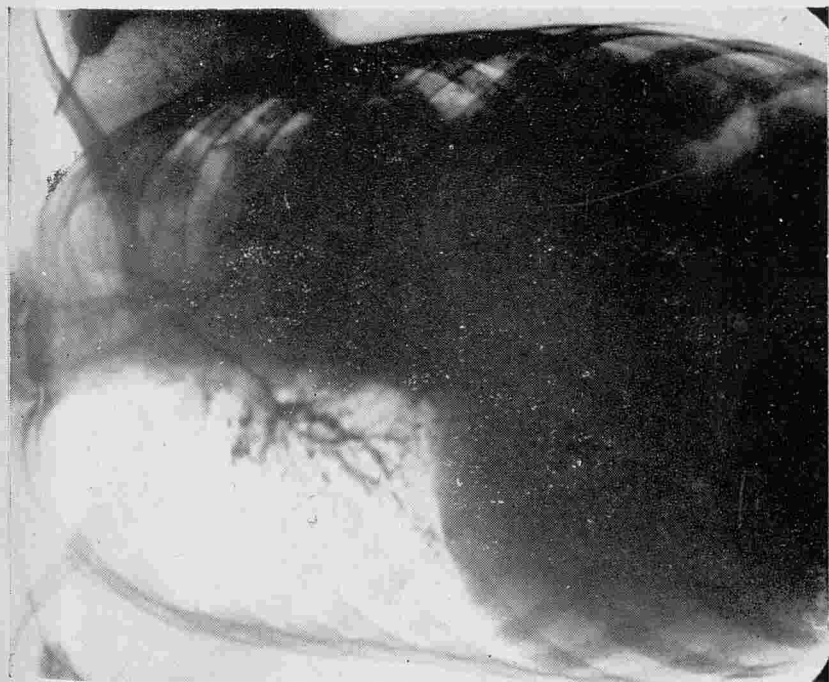
Obs. 21



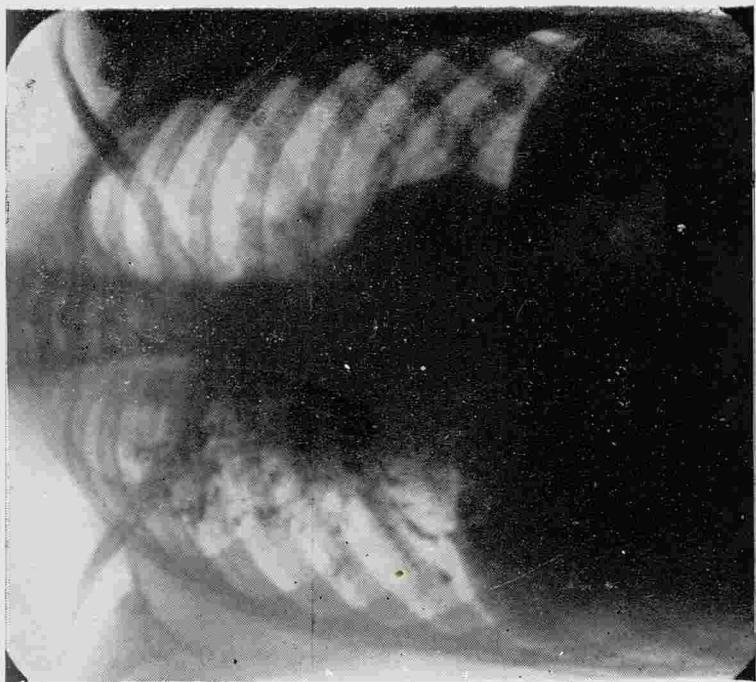
Obs. 25



Obs. 25



Obs. 25



Obs. 13

A propos de deux observations de Bilharziose Urétérale

par MM. A. CHADLI, S. MESTIRI, G. JAVELAUD et P. ZIRAH

—o—

La localisation urétérale de la bilharziose urinaire constitue une forme généralement grave car, par la simple gêne mécanique et la stase dans l'écoulement de l'urine qu'elle entraîne, elle évolue inexorablement vers l'atteinte du parenchyme rénal. Elle s'oppose ainsi à la bilharziose vésicale pure qui est habituellement bien supportée et peut guérir spontanément, surtout si le sujet n'est pas soumis à réinfestations répétées.

Avant de présenter et discuter les particularités anatomo-cliniques de nos deux observations, nous ferons un rappel de l'épidémiologie de cette parasitose et des conditions d'infestation des malades.

EPIDEMIOLOGIE ET CONDITIONS D'INFESTATION

La bilharziose urinaire existe à l'état endémique dans le Sud Tunisien. Elle a été signalée à Gafsa en 1891 par BRAULT. Depuis, elle a fait l'objet d'enquêtes répétées qui ont donné une idée plus précise sur la répartition géographique de la maladie et l'importance de ses foyers.

Après les travaux de LEIPER en Egypte sur le développement de *S. haematobium* dans un mollusque d'eau douce du genre *Bullinus*, les auteurs se mirent à la prospection de tous les points d'eau pour la recherche de l'hôte intermédiaire.

Les enquêtes de P. SONSINO, Ch. NICOLLE, A. CONOR, Ch. ANDERSON, E. GOBERT, R. BAUGÉ, C. VERMEIL, etc... ont permis de localiser les foyers bilharziens à forte endémie dans la région de Gafsa (principalement à Sidi Mansour); dans l'oasis d'El Oudiane (Zaouiet El Arab, Zorgane et Ouled Majed) ainsi que dans la Nefzaoua (Rhamat, Djema, Bazma, El-Goléa, Douz, etc...). La ville de Kébili, qui constitue le centre du Nefzaoua, n'est que très rarement contaminée, car ses eaux proviennent surtout de sources chaudes impropres à la culture des bullins, et les nappes d'eau stagnantes sont fréquemment curées. De plus, ses habitants menant une vie citadine sont beaucoup moins exposés à cette parasitose. D'autres foyers de moindre importance existent dans la région de Gabès où une enquête est actuellement en cours. La maladie a été signalée à Kairouan et dans le Cap Bon par quelques rares cas isolés mais il n'est pas certain qu'elle persiste dans ces deux régions du Centre et du Nord de la Tunisie.



Carte des foyers de Bilharziose et des gîtes à Bullins de la Tunisie

- ⊙ Bullins
- ⊠ Bilharziose à *S. haematobium*

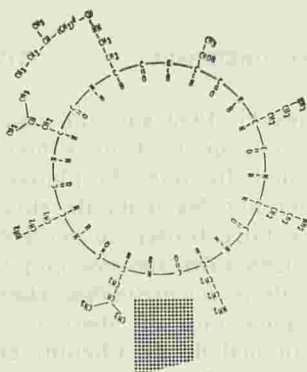
En effet, un sondage pratiqué par nous mêmes en 1959 sur une centaine de personnes provenant de diverses régions de la Tunisie nous a permis de constater la persistance de la maladie dans la plupart de ses foyers. Ce sondage a consisté à rechercher les œufs de schistosomes dans les urines des malades venus se faire traiter au service antirabique de l'Institut Pasteur de Tunis. L'examen microscopique du culot urinaire a révélé la présence d'œufs de *S. haematobium* chez sept personnes sur quinze venues de Gafsa, chez une sur deux personnes venues de la région de Tozeur, chez un malade de Chenini et un de Matmata sur les dix personnes habitant la région de Gabès. Les examens pratiqués chez les malades originaires de Kairouan, de Menzel Bou Zelfa, de Sfax, de Sousse, du Kef et de Bèjà se sont révélés strictement négatifs. Notons que nos observations ont porté sur des sujets masculins de plus de quinze ans, ne se plaignant d'aucune affection urinaire.

Ce sondage très grossier a permis de constater que la maladie persiste à des taux relativement élevés dans ses foyers principaux du Sud : Gafsa, El Oudiane et Nefzaoua et qu'il semble y avoir une extension de l'affection à la région de Gabès.

Les données épidémiologiques actuelles concernant les foyers de bilharziose urinaire et la répartition géographique des bullins peuvent être résumées dans la carte ci-contre.

De plus, ces diverses enquêtes ont montré que l'existence des bullins est conditionnée par les points d'eau froide dormante ou très légèrement courante, avec végétation assez spéciale (palmiers et surtout plante de Salomus Valerandi), que les eaux thermales chaudes sont défavorables aux mollusques vecteurs et que les curages répétés des sources finissent par les appauvrir et même les stériliser de leurs bullins.

En ce qui concerne l'infestation des malades, elle se fait dans les sources, les canaux d'irrigation, les jardins et peu dans les piscines d'eau thermale pour les raisons rappelées plus haut. De nombreux auteurs, dont GOBERT en 1934, ont signalé que dans l'agglomération de Gafsa où l'infestation atteint plus de 50 % de la population, les filles se sont montrées plus souvent contaminées que les garçons. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les filles signalent plus rarement leur hématurie et ne consultent le médecin que dans le cas où la maladie prend une allure clinique grave (forte anémie, douleurs intolérables, etc...). Cette constatation ne semble pas se vérifier ailleurs, en particulier dans le Nefzaoua et l'oasis d'El Oudiane. L'infestation des enfants se fait à un âge relativement jeune (vers 4 à 5 ans) et atteint son maximum à 12-13 ans, si bien que l'hématurie est considérée, dans certaines régions, comme un phénomène normal associé à la puberté. La contamination de ces enfants se fait essentiellement au cours des baignades pendant la saison chaude. Chez les adul-



**Le plus puissant des antibiotiques
contre les germes Gram-négatifs,
colibacille, pyocyanique.**

colimycine



COMPRIMÉS 250.000 U. flacons de 30
1.500.000 U. flacons de 10

FLACON-AMPOULE 500.000 U.
1.000.000 U.

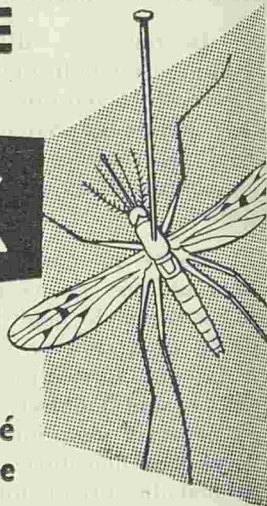


LABORATOIRE ROGER BELLON · NEUILLY · PARIS

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille — TUNIS

PALUDISME

QUINIMAX



**Plus maniable, plus actif et mieux toléré
que les sels ordinaires de quinine**

4 FORMES : COMPRIMÉS, AMPOULES, SUPPOSITOIRES, GRANULÉS

Sté d'expl. des **LABORATOIRES DEROL**

Serv. des Relations Médicales : 66^{er}, rue Saint-Didier, PARIS-16^e

SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS (Tunisie)

PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — ALGER (Algérie)

M. PELISSARD : 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA (Maroc)



tes, au contraire, les femmes sont moins fréquemment malades que les hommes en raison d'une pratique plus rare des ablutions et l'absence de travail à l'irrigation. De plus, elles évitent les heures de pleine lumière, qui correspondent aux heures de grande activité des cercaires, pour laver leur linge ou leur laine et se baignent de préférence à l'aurore ou après le coucher du soleil.

Le cycle du parasite est simple : les vers adultes se développent dans le sang d'un être humain et pondent leurs œufs dans le plexus veineux de la vessie. Les œufs expulsés de la vessie éclosent au contact de l'eau, donnant une forme larvaire : le miracidium. Ce miracidium doit trouver un mollusque-hôte dans un certain délai, sinon il périt. Il y pénètre et se transforme en une nouvelle forme larvaire appelée cercaire. Ce cercaire éliminé par le mollusque nage jusqu'à ce qu'il rencontre un hôte humain. Il traverse alors les téguments de l'hôte (par exemple au cours d'une baignade), gagne les veines du système porte, y devient adulte, s'accouple et remonte à contre-courant le plexus veineux du petit bassin pour aller effectuer sa ponte dans les veinules, sous les muqueuses de la vessie.

Les contaminations non professionnelles, donc non régulièrement répétées semblent en Tunisie au moins aussi fréquentes que celles réalisées au cours des travaux de jardinage et d'irrigation. Ceci ajouté à d'autres facteurs tels que le mode de vie, le régime alimentaire, les conditions climatiques, etc... peut expliquer les variations des manifestations cliniques et pathologiques de la bilharziose selon le pays ou la région dans laquelle on se trouve. En effet, si dans certaines localités, près de 60 % des enfants sont atteints d'hématurie, celle-ci finit généralement par disparaître spontanément après quelques années, à mesure que les vers meurent et qu'une immunité, plus ou moins forte s'installe; surtout si l'infestation n'est pas entretenue par de nouvelles expositions aux parasites.

La bilharziose « des oasis » apparaît donc relativement bénigne, et nombreuses sont les personnes actuellement adultes ou âgées qui ne présentent aucun symptôme urinaire ni dommage physique apparent alors qu'ils avaient souffert d'hématurie et de douleurs vésicales pendant leur enfance. Il doit s'agir dans ces cas, qui constituent l'immense majorité des atteintes à *Shistosoma haematobium*, d'une localisation purement vésicale qui rétrocede et guérit en entraînant un épaissement scléreux cicatriciel compatible avec un fonctionnement normal ou subnormal de la vessie. Il en est tout autrement lorsque, pour une raison quelconque (immunité locale de la vessie après une première infestation, par exemple), les œufs progressent par la voie des anastomoses veineuses du plexus périvésical pour atteindre l'uretère ou même son abouchement dans la vessie. Ceci est confirmé par les statistiques du Service d'Anatomie Pathologique de l'Institut Pasteur de Tunis. En effet, au cours des trois dernières années, sur plus de 4.000 biopsies ou pièces opératoires examinées dans ce



DOUBLE ACTION

AMŒBICIDE
PAR VOIE ORALE
BACTÉRICIDE

Entobex

UN SEUL BUT
ANTIDYSENTÉRIQUE

1 ou 2 dragées
3 fois par jour

Flacon de
20 dragées à 50 mg
P. Cl. 6

C I B A

P. Cl. 6

113

service, nous n'avons relevé que deux cas de bilharziose urinaire, les deux localisés à l'uretère et dont voici les observations :

OBSERVATIONS ANATOMO-CLINIQUES PERSONNELLES

Cas N° 1. — C. Ben Mahmoud, homme de 29 ans, né à Matmata (Sud Tunisien), demeurant au Kram (banlieue de Tunis) où il exerce la profession de commerçant, est adressé le 23 avril 1958 à l'Hôpital Habib Thameur, au Service Chirurgie « B » (Dr Koskas) pour hématuries et douleurs lombaires surtout marquées à droite.

Le début de la maladie remontait à trois mois environ. A cette époque, un polype vésical avait été découvert et électrocoagulé.

Après une courte sédation, les hémorragies avaient repris, moins abondantes cependant, mais accompagnées de douleurs lombaires intenses.

— Le 5 mai 1958, les examens de laboratoire révèlent une glycémie à 0,75 g. par litre et une azotémie à 0 g. 50 par litre.

La température oscille entre 37° et 38° C.

Le traitement institué à la date du 3 mai 1958 a consisté en Khel-line suivie par quelques injections de pénicilline-streptomycine.

— Le 12 mai 1958, la cystoscopie montre une vessie très hyperhémée; la muqueuse présente par endroits un aspect tomenteux. Le méat droit est infiltré. A son voisinage, on note l'existence d'une large plaque hémorragique, sans récidence du polype.

L'exploration de l'uretère droit montre une sténose à peu près totale du méat, le cathéter butant dès l'origine. Ceci est confirmé par une urographie du 16 mai qui montre, à droite, des cavités rénales extrêmement dilatées et un méga-uretère au-dessus d'une sténose juxta vésicale.

Il s'agit donc d'une urétérite inférieure, sténosante avec ralentissement rénal important.

Le diagnostic étiologique n'était pas établi, en particulier, il n'y avait aucun commémoratif de traitement anti-tuberculeux.

Le 26 mai 1958, par voie sous-ombilicale, on aborde l'uretère terminal droit qui apparaît très épaissi et entouré d'une gangue scléreuse. Au-dessus, l'uretère est dilaté mais souple et tonique.

La vessie ouverte présente une muqueuse très modifiée, chagrinée.

Une nouvelle tentative de cathétérisme rétrograde ayant échoué, on décide la résection de la sténose avec réimplantation. Celle-ci est

LABORATOIRE DE L'HEPATROL

4, Rue Platon — PARIS-XV^e

— 0 —

Produits disponibles dans toutes les Pharmacies de Tunisie

FOIE LYOPHILISE ROLLAND

Tout le contenu cellulaire de l'organe vivant

en 50 mg.
en 250 mg.

ANTIANEMIQUES

ERYTHROTON
HEPATROL BUVABLE
HEPATROL INJECTABLE
VITAMINE B. 12 + FOIE
METHIOFOLINE

Antianémique polyvalent
Extrait de foie total
Extrait de foie total
idem. renforcé B. 12
Lipotrope antianémique

STHENIQUES

ACTIVAROL
ACTIVAROL VIT. C. 500 mg.
ACTIVAROL Enfants
DESOXYCORTICOSTERONE-
TESTOSTERONE ROLLAND
NICICALCIUM
Adultes et Enfants

Tonique général biologique
Vitamine C potentialisée
Médicament de la croissance
Médication surrénalienne des
asthénies
Calcithérapie stimulante per os

HORMONES

SYNERGON
TESTOSTERONE-
PROGESTERONE ROLLAND
TESTOSTERONE-
FOLLICULINE ROLLAND

Synergies bi-hormonales permet-
tant d'éviter les effets indésira-
bles de chaque hormone em-
ployée séparément.

HORMONES RETARD ROLLAND

TESTOSTERONE-CESTRADIOL
TESTOSTERONE-RETARD
50 mg.
TESTOSTERONE-RETARD
100 mg.
CESTRADIOL-RETARD

Diffusion régulière. Imprégnation
hormonale constante et prolongée.

DIVERS

ASPRIZINE
ASPRIZINE FAIBLE
NOVOSPAROL
PASINIAZIDE
VAGOPROL
CYCLONAROL
CYCLONAROL-PENICILLINE

Synergie anti-algique, anti-
pyrétique
Thérapeutique cardio-vasculaire à
doses filées
Spasmolytique de synthèse
Chimiothérapie anti-tuberculeuse
Sédatif nerveux à action douce et
progressive
O.R.L. et Ophtalmologie

pratiquée sans difficulté sur une sonde de modelage, et n'a été suivie d'aucune complication.

Le malade est perdu de vue jusqu'au 19 janvier 1959, date à laquelle il revient nous voir pour une dysurie intense, avec urines purulentes.

La cystoscopie montre la présence d'un calcul assez volumineux qui est extirpé par voie transvésicale. L'aspect de la muqueuse vésicale étant identique à celui constaté le 16 mai.

Après des suites opératoires banales, le malade est renvoyé dans ses foyers avec un traitement à l'Anthiomaline.

Il est revu cinq mois après, amélioré. Les urines sont toujours troubles, une urographie a montré que l'urétéro-cysto-néostomie fonctionnait d'une manière satisfaisante et que la dilatation pyélo-calicelle avait considérablement rétrocedé.

— Examen anatomo-pathologique du 3 juin 1958.

Macroscopie : portion terminale de l'uretère droit, sténosée, se présentant sous forme d'une olive de 2,5 cm. de grand diamètre sur 1,5 de petit diamètre. Elle est entourée par un tissu adipeux contenant quelques bandes de sclérose irrégulièrement disposées.

A la coupe, on note la présence d'une lumière presque virtuelle, vaguement étoilée, imperceptible à certains niveaux et entourée par une paroi très épaisse.

A l'examen histologique, après coloration ordinaire, la paroi urétérale présente des lésions inflammatoires parasitaires de ses trois tuniques. Sa lumière est rétrécie et revêtue par un épithélium malpighien généralement atrophique, ulcéré superficiellement en un endroit par un groupe d'œufs à éperon terminal répondant aux caractéristiques des œufs de *S. haematobium* (absence de coloration au Ziehl).

Le chorion de la muqueuse est franchement épaissi. Il présente une infiltration lymphocytaire, tantôt disposée par amas et montre, par ailleurs, un œdème important et une hypergénèse élastique relativement modérée.

En certains endroits, les vaisseaux dilatés sont entourés par des manchons de lymphocytes mélangés à quelques éosinophiles. A ces leucocytes, se joignent des cellules fixes tuméfiées, formant parfois de véritables manchons lympho-histiocytaires autour des veines. Les œufs de bilharzies s'infiltrent au milieu de ce tissu réactionnel; ils paraissent plus nombreux dans la couche profonde du chorion où ils sont, soit isolés, soit le plus souvent groupés en petits amas ou même en îlots de plusieurs dizaines. Selon l'orientation de l'œuf par rap-

**Thérapeutique Vaso - constrictive
des Troubles circulatoires
veineux des deux sexes**

FLUXINE "P"

3 Formes

GOUTTES - DRAGÉES - SUPPOSITOIRES

COMPOSITION

INTRAIT DE MARRON D'INDE DAUSSE, TITRE EN
AESCULOSIDE (Vitamine P) — ALCOOLATURE D'ANÉ-
MONE PULSATILLE (plante fraîche) — NOIX VOMIQUE...

INDICATIONS

Stases Veineuses (Varices - Hémorroïdes - Phlébites) —
Troubles Menstruels (Règles douloureuses, Aménorrhée,
Dysménorrhée) — Troubles Circulatoires de la Ménopause.
Manifestations de la fragilité capillaire (engelures, acro-
cyanose...)

POSOLOGIE

X Gouttes (ou 1 dragée) 3 fois par jour.

Gas douloureux : 100 à 300 gouttes

1 Suppositoire le soir - Gas aigus : 3 suppos. par 24 h.

PRODUITS BONTHOUX
VILLEFRANCHE-sur-SAONE (Rhône)

port au plan de la coupe, ils apparaissent ovoïdes, arrondis ou irréguliers. Leur paroi présente un double contour et leur cavité contient des cellules volumineuses ou un embryon. Certaines parois vides sont en voie de résorption par des cellules géantes.

La tunique musculaire est entièrement disloquée et fragmentée par un tissu fibro-inflammatoire œdémateux, riche en œufs où l'épéron terminal apparaît d'une façon plus ou moins nette. Certains fragments musculaires aux fibres apparemment saines contiennent des œufs, d'autres semblent évoluer vers la sclérose cicatricielle. C'est au niveau de cette tunique que les œufs sont les plus nombreux, probablement en raison du rôle de « barrière » joué par le muscle.

Les artères paraissent normales. Par contre, les veines sont altérées : leur endothélium est respecté, mais la couche sous endothéliale est inégale et parfois exubérante. La lumière des vaisseaux est souvent bourrée de parasites dont certains traversent la paroi veineuse.

L'adventice est scléro-adipeux et inflammatoire, mais beaucoup plus pauvre en œufs de parasites que les deux autres tuniques; il contient quelques veines présentant des lésions endophlébitiques sténosantes. Certains filets sont entourés de véritables manchons lymphocytaires.

Cas N° 2. — A. Ben Hamza est né dans le Nefzaoua (Sud Tunisien) en 1924 et y a vécu jusqu'en 1937. Il passe cinq ans à Kalaat El Andalous et rejoint Tunis en 1942. Il ne retourne chez lui, au Nefzaoua, qu'en 1945 pour un séjour de deux mois.

En août 1959, il est recruté par une entreprise d'assainissement pour le creusement de canaux à El Haouaria (Cap Bon). Le 11 octobre, il fait une chute sur le flanc gauche dans un canal de 3 mètres de profondeur, à la suite de laquelle il présente des vomissements et une hématurie. Il entre à l'Hôpital « Habib Thameur » au Service « Chirurgie A » pour contusion lombaire gauche avec hématurie importante et douleurs lombaires.

Il s'agit d'une hématurie totale, d'intensité moyenne. La diurèse est de 1,5 l; les urines sont sanguinolantes.

Le malade ne signale pas de douleurs à la miction, mais la palpation de la région lombaire gauche est douloureuse.

On pratique les examens suivants :

— Examen cyto-bactériologique des urines le 13-10-1959 :

— Albumine : 3,10 g. par litre; absence de germes; nombreuses hématies;

— Hémogramme : le 17-10-1959 :

— Globules rouges : 3.200.000; globules blancs : 11.400; poly-nucléaires neutrophyles : 70 %; moyens mononucléaires : 14 %; lymphocytes : 16 %.

L'urographie intraveineuse pratiquée le 19 octobre 1959 montre un rein gauche exclu, sans image de lithiase de l'arbre urinaire, ni déformation de la vessie. Une nouvelle urographie intraveineuse de contrôle du 24-10-1959 montre les mêmes images. Le rein droit présente une morphologie normale.

L'hématurie persiste pendant plus de 10 jours puis les urines s'éclaircissent progressivement et le malade quitte l'Hôpital le 7 novembre 1959.

— Nouvelle hospitalisation le 23 décembre 1959.

— Le 2 janvier 1960, l'examen microscopique du culot urinaire montre de nombreux leucocytes et hématies, sans œufs de parasite. A l'urographie intraveineuse, le rein gauche est toujours exclu. L'urée est à 0 g. 45.

— Le 23 janvier 1960, la cystoscopie montre une vessie apparemment normale. La sonde introduite dans l'uretère gauche bute après un trajet de 1 cm. à 1 cm., 5. L'injection de radiosélectan reflue dans la vessie. L'orifice du méat droit est perméable à la sonde et émet une urine claire.

Devant cette hématurie persistante d'origine rénale et ce rein gauche exclu, on décide d'intervenir le 17 février 1960. On pratique une néphrectomie gauche avec ligature de l'uretère que l'on coupe le plus bas possible. Les suites opératoires sont bonnes, l'hématurie cesse.

Le 3 mars 1960, le culot urinaire montre la présence de cylindres granuleux et hématiques sans le moindre œuf de bilharzie. Le malade est néanmoins traité par l'anthiomaline : on commence par 4 cgr. en augmentant progressivement jusqu'à 12 cgr. On pratique une série de 16 injections intramusculaires de 12 cgr. à raison de 2 injections par semaine.

Le malade est revu le 31 mai 1960; son état de santé est excellent. Le dosage de ses protéines donne les résultats suivants :

— Protéides totaux : 82 g.; sérine : 53 g, 50; globulines : 28 g, 50.

L'électrophorèse montre une hyperglobulinémie légère Alpha, Beta et Gamma.

— Examen anatomo-pathologique du 29 février 1960 :

Rein entièrement déformé, constituant une masse bosselée de taille légèrement plus petite que la normale, adhérente à la graisse péri-rénale.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
PHYSICS DEPARTMENT
RESEARCH REPORT

NO. 1000
1955

BY
J. J. KOPPEL

DEPARTMENT OF PHYSICS
UNIVERSITY OF CHICAGO

CHICAGO, ILLINOIS

1955

PHYSICS DEPARTMENT
UNIVERSITY OF CHICAGO

CHICAGO, ILLINOIS

1955

PHYSICS DEPARTMENT
UNIVERSITY OF CHICAGO

CHICAGO, ILLINOIS

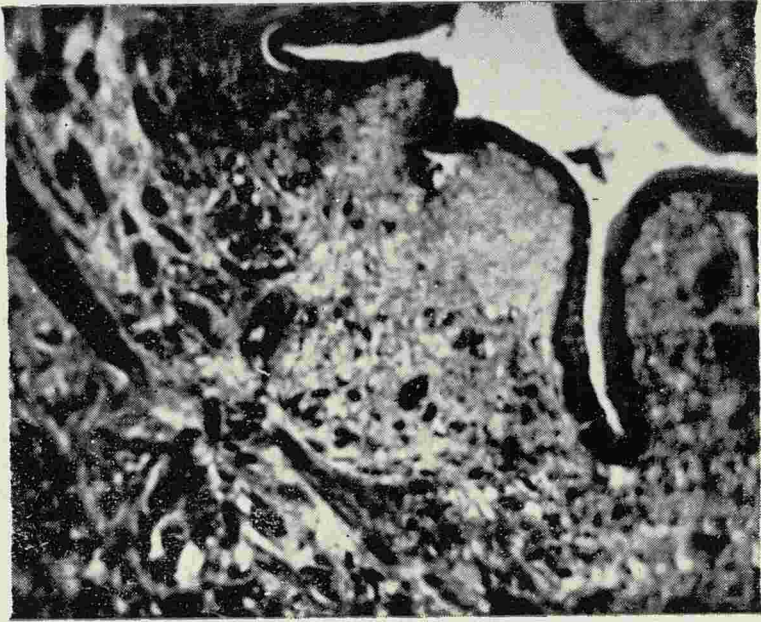


FIG. 1. — Bilharziose urétérale

(Cas N° 1)

En haut et à droite on reconnaît la lumière urétérale.
 Les œufs de schistosomes, parfois entourés de lymphocytes,
 occupent la musculuse dissociée dont on ne reconnaît plus
 que quelques faisceaux épars.

Hémalun-éosine-Safran. Grossissement de loupe.

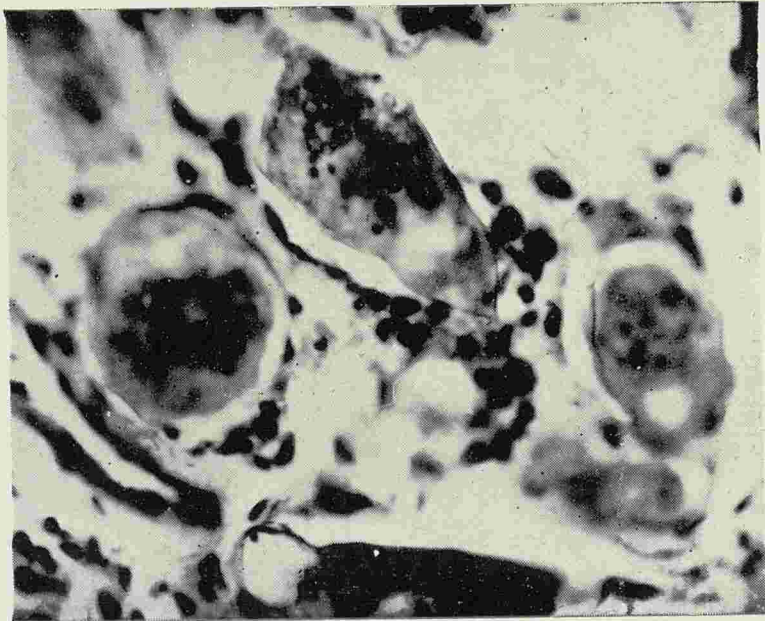


FIG. 2. — Bilharziose urétérale

(Cas N° 2)

Mise en évidence de l'éperon terminal caractéristique
 du *Shistosoma haematobium*.

Hémalun-éosine-Safran (Q : 40x6,3)

La section montre un rein presque entièrement détruit par une hydronéphrose totale du troisième degré ayant abouti à une forte dilatation pyélocalicielle dont les parois sont nettement épaissies. Le parenchyme rénal est réduit à une mince bande périphérique de couleur violacée qui se continue à l'intérieur par des bandes d'aspect cicatriciel divisant la cavité en logettes.

L'uretère prélevé sur une longueur de plus de 20 cm. est souple et dilaté dans sa partie haute, rigide et parfois coudé dans sa partie basse. Son diamètre extérieur est de 1 cm. 5 à 2 cm. du côté du bassin et atteint à peine 1 cm. vers le bas. Douze tranches de un demi-centimètre d'épaisseur prélevées à des niveaux différents n'ont révélé des œufs de *S. haematobium* que dans les trois tranches inférieures, donc dans les 5 à 6 derniers centimètres.

L'aspect histologique montre un granulome hypersclérogène épaississant la paroi urétrale qui est infiltrée de cellules inflammatoires lymphocytaires. Les œufs de *S. haematobium* dissocient activement la tunique musculaire qui disparaît parfois, laissant place à un cal scléreux cicatriciel contenant des œufs de parasites. On trouve également quelques filets nerveux entourés de manchons lymphocytaires.

La partie de l'uretère, dépourvue d'œufs, ne montre qu'une infiltration lymphocytaire du chorion de la muqueuse avec épaississement fibro-inflammatoire des cloisons conjonctivo-vasculaires. Certaines veines sont très dilatées mais ne contiennent pas de vers adultes.

Le parenchyme rénal, réduit à des bandes de 1 cm. d'épaisseur, est largement infiltré par un tissu scléro-inflammatoire avec constitution de véritables nodules lymphoïdes à centre germinatif. Il existe de nombreuses pastilles glomérulaires ainsi qu'une raréfaction et dilatation des tubes dont certains contiennent des cylindres hyalins. Le parenchyme persistant est séparé de la lumière des calices par une épaisse couche scléro-hyaline riche en cellules inflammatoires. On note par ailleurs, la présence de nombreuses lésions vasculaires du type de l'endartérite végétante dans le parenchyme rénal ainsi que dans la sclérose.

Il s'agit donc d'une hydronéphrose consécutive à une bilharziose urétérale.

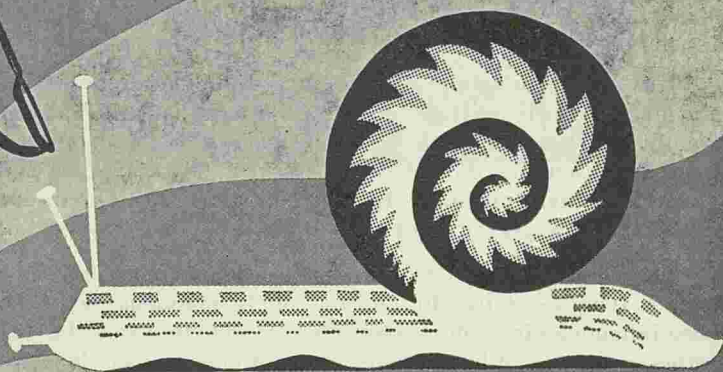
DISCUSSION

A) Clinique :

La bilharziose à *S. haematobium* atteint l'arbre urinaire et principalement la vessie.

La localisation urétérale de cette parasitose engendre une symptomatologie clinique bruyante en raison de la morphologie même de cet organe. Est-ce à dire que, dans ces cas, la parasitose est unique

HYPERSENSIBILITÉ MENTALE



COVATINE

(N 68)

DÉCONTRARIANT

**REPLACE LES ÉVÈNEMENTS
DANS LEUR JUSTE PERSPECTIVE**

50 dragées à 0,05 g - Prix cl. 4

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRES A. BAILLY - 6, RUE DU ROCHER - PARIS 8^e

ment localisée à l'uretère ? Chez notre premier malade les lésions vésicales associées sont certaines puisque toutes leurs manifestations ont figuré au cours de l'évolution : hématurie, pyurie, polype vésical, cystite rouge, granulations vésicales, calculs. Dans le second cas, le malade désireux de mettre ses lésions urétéro-rénales sur le compte de son accident de travail, ne nous a pas signalé d'hématurie dans ses antécédents. Rappelons cependant qu'il est originaire d'une région où la bilharziose vésicale est très fréquente chez les enfants d'âge scolaire. Nous pensons que dans la grande majorité des cas de bilharziose urétérale, il existe des lésions vésicales associées; mais ces lésions vésicales, généralement anciennes, sont souvent très difficiles à mettre en évidence et ne se révèlent parfois qu'à l'examen histologique.

Chez notre premier malade qui présentait une sténose localisée de l'uretère, le problème le plus urgent était de sauver le rein.

L'intervention a consisté en une plastie vésico-urétérale tubulée type Boari; mais le caractère localisé du rétrécissement et son siège très bas nous ont permis de pratiquer une simple réimplantation dont les résultats se sont révélés satisfaisants.

Chez le deuxième malade, au contraire, les lésions urétérales étaient plus étendues et avaient entraîné une hydronéphrose totale du troisième degré.

B) Anatomopathologique :

La localisation urétérale de la bilharziose urinaire est actuellement connue. C'est à Ali Ybrahim que revient le mérite d'avoir attiré l'attention, en 1928, sur la bilharziose primitive de l'uretère avec atteinte vésicale minime et sur sa répercussion rénale. Cet auteur l'incrimine dans la grande majorité des coliques néphrétiques fréquentes en Egypte.

GELFAND est le premier auteur qui a donné (1948) une idée sur la fréquence de cette localisation. Au cours de 110 autopsies de bilharziose en Rhodésie, il a trouvé 25 cas de dilatation des cavités urétéro-calicielles associées ou non à des sténoses du tiers inférieur de l'uretère.

Les lésions histopathologiques de la bilharziose varient suivant l'ancienneté de la maladie. Au début de l'infestation c'est l'œdème, l'hémorragie et la nécrose qui prédominent. Elles sont consécutives aux oblitérations veineuses et à l'action mécanique et chimique des œufs. Ces lésions correspondent au stade de la réaction passive. Les phénomènes réactionnels tissulaires entrent ensuite en jeu et les cellules inflammatoires apparaissent d'abord autour des vaisseaux, puis diffusent un peu partout.

Le parcours des œufs est alors ralenti, soit par une sécrétion du système réticulo-endothélial et histiocytaire, soit par le tassement des

Le couronnement de la corticothérapie anti-inflammatoire



DÉCADRON

comprimés à 0,1 et 0,5 mg

- plus, rapidement efficace,
- plus facilement maniable,
- mieux supporté,

à des doses 5 à 10 fois moindres que la prednisone.

DÉCADRON (*normal*), boîte de 40 comprimés à **0,5 mg** (P. cl. 29)

DÉCADRON *dosage FAIBLE* boîte de 40 comprimés à **0,1 mg** (P. cl. 6)

3.000 fois plus soluble que l'hydrocortisone

SOLU DÉCADRON

injectable

Sel disodique du 21 ester monophosphorique d'hexadécadrol

- effet thérapeutique immédiat,
 - parfaite tolérance, injection indolore,
 - une seule présentation prête à l'emploi,
- pour les urgences ou les traitements locaux.*

boîte de 3 amp. de 1 cm³ contenant 4 mg de phosphate d'hexadécadrol (P. cl. 28)

toutes les indications de la corticothérapie en dermatologie

SOLU DÉCADRON

crème

- principe actif anti-inflammatoire, anti-allergique, anti-exsudatif, anti-prurigineux, totalement soluble;
- excipient de parfaite tolérance.

Tube de 5 g de crème dosée à 1‰ d'hexadécadrol (P. cl. 9)

Del-SDde-SDd-1-34



Agréés par la Sécurité Sociale et les Collectivités

parasites arrêtés provisoirement par les barrières musculaires et épithéliales. Les histiocytes sont également mobilisés et on trouve parfois des polynucléaires éosinophiles autour d'œufs en voie de lyse. Certains auteurs ont décrit des follicules à cellules géantes et épithélioïdes autour de ces œufs. Les cellules épithélioïdes de ces follicules se disposeraient, d'après certains, perpendiculairement aux limites des follicules et non parallèlement, comme dans la tuberculose.

Nous n'avons rencontré, pour notre part, que des images de résorption gigantocellulaire sans la moindre disposition folliculaire au tour de ces œufs.

L'image histologique est donc celle d'un granulome banal où le seul élément typique est l'œuf de bilharzie.

Il est évident que les deux stades de réactions passive et active se superposent car le déplacement des œufs se poursuit sans arrêt.

Lorsque l'affection passe à la chronicité, les fibres conjonctives, jeunes, réactionnelles, se disposent autour des œufs. Le collagène ainsi formé est plus ou moins abondant et continue à se déposer tant que l'œuf et ses résidus persistent.

La sclérose post-nécrotique ou cicatricielle segmente et dissocie les faisceaux musculaires et comble les foyers hémorragiques ou nécrotiques.

A ce stade, les lésions deviennent irréversibles et peuvent se calcifier secondairement. Cette calcification se fait sur les résidus parasitaires, souvent en marge de la lumière du conduit urinaire où elle est favorisée par la richesse en sel de l'urine.

Si la bilharziose urétérale est connue, sa localisation primitive ou secondaire n'est pas toujours facile à distinguer.

Il existe des observations en faveur d'une localisation primitive pure au tiers inférieur de l'uretère. Divers arguments plaident pour cette forme particulière :

1) On connaît des bilharzioses à siège électif, notamment dans les reins, le bassin, la totalité de l'uretère.

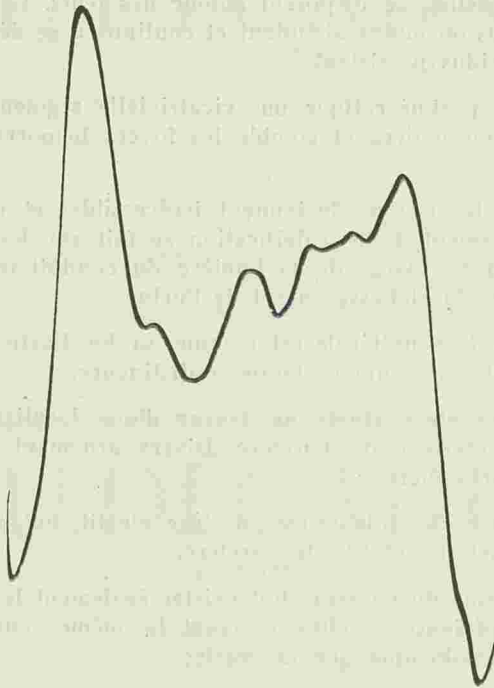
2) Le tropisme du parasite doit exister également le long des voies excrétrices supérieures, celles-ci ayant la même constitution et le même rôle physiologique que la vessie;

3) MAKAR a décrit des voies anastomotiques reliant directement le système porte aux réseaux veineux urétraux.

Les localisations bilharziennes secondaires de l'uretère paraissent en tout cas plus fréquentes. Pour la plupart des auteurs même, toute localisation urétérale ne pourrait qu'être secondaire à la bilharziose

de la vessie. Leurs principaux arguments sont constitués par les lésions du trigone, pratiquement toujours présentes, par la fréquence des urétrites bilatérales, par le siège au tiers inférieur de l'uretère, donc au voisinage de la vessie et par les lésions cystiques récentes ou anciennes constamment associées.

Certains auteurs expliquent la localisation urétérale par l'apparition d'anticorps locaux périvésicaux chez les sujets infestés qui continuent à vivre dans les régions endémiques. Ces anticorps, selon leur abondance ou leur activité, gêneraient ou empêcheraient les shistosomes de s'acheminer dans les territoires déjà touchés et d'y pondre des œufs. Ces parasites emprunteraient par exemple des voies nouvelles, celles des anastomoses urétérales de MAKAR reliant directement les veines mésentériques supérieure et inférieure avec les veines drainant respectivement l'uretère droit et l'uretère gauche. Chez notre second malade, l'augmentation du taux des gamma globulines peut être en faveur d'une certaine immunité, car, on le sait, les anticorps se classent dans la fraction gamma du sérum.



**Tracé électrophorétique
montrant une hypergamma-globulinémie.**

L'hydronéphrose est due à la stase mécanique de l'urine par la sténose urétérale plus ou moins serrée et par l'apparition de coudures provoquées par la périurétrite. Cette stase a également pour ef-

**cholérétique
de synthèse**

Nouveau

HEBUCOL

granulé infantile

aromatisé

dosé à
1,25 g % de
 α (hydroxy-1-cyclohexyl)
butyrate de sodium

HEBUCOL

- ampoules
- comprimés



gran. Pcl. 3 S.S.
comp. • 6 S.S. • AMG
amp. • 6 S.S. • AMG

fet de favoriser l'infection. Dans notre second cas, ces deux causes semblent agir depuis assez longtemps puisque le parenchyme rénal est largement refoulé et atrophié et contient des glomérules transformés en pastilles fibro-hyalines au milieu d'une fibrose inflammatoire diffuse renfermant des tubes à lumière très réduite.

C O N C L U S I O N

Nous rapportons deux cas de bilharziose urétérale, le premier siège à la partie terminale de l'uretère droit, le second est étendu au tiers inférieur de l'uretère gauche et associé à une hydronéphrose.

Ces deux cas se distinguent par leur localisation inhabituelle mais probablement associée à des lésions de l'arbre urinaire, en particulier de la vessie.

L'examen histologique a permis de constater, outre l'extension des lésions et l'abondance des œufs de *S. haematobium* dans les trois tuniques, l'importance de la dissociation des faisceaux musculaires et la présence de manchons inflammatoires périnerveux.

Ces observations intéressent des malades originaires de régions fortement endémiques; l'un d'eux a été recruté pour le creusement de canaux. Nous ignorons s'il avait subi un examen médical préalable, aussi nous tenons à insister ici sur l'importance du contrôle par les entreprises d'irrigation, de la main-d'œuvre venant des régions infestées et sur l'intérêt d'une collaboration étroite entre les services de l'Hydraulique et du Génie Rural et les services de la Santé Publique pour dépister ces malades. Cette collaboration devient de plus en plus nécessaire en raison du développement de l'irrigation dans le pays et de la présence des mollusques vecteurs dans certaines régions où la maladie n'a pas été signalée.

Le premier effort, et nous dirons même l'effort principal, dans la lutte contre la bilharziose en Tunisie, doit résider à empêcher l'extension de la maladie dans les régions jusqu'ici indemnes et ceci par un contrôle rigoureux de la main d'œuvre provenant du Sud et devant être affectée à des travaux d'irrigation.

Dans les foyers du Sud Tunisien, la maladie est loin d'être aussi grave qu'elle ne l'est en Egypte par exemple, car la contamination professionnelle, c'est-à-dire répétée, n'est en cause, dans ces foyers, que dans la minorité des cas. Ce sont surtout les jeunes qui se contaminent au cours des baignades pendant la saison chaude. Les mesures prophylactiques dans ces régions du Sud doivent donc consister en l'assèchement des mares d'eau inutiles, la surveillance des bassins et surtout le captage des sources.

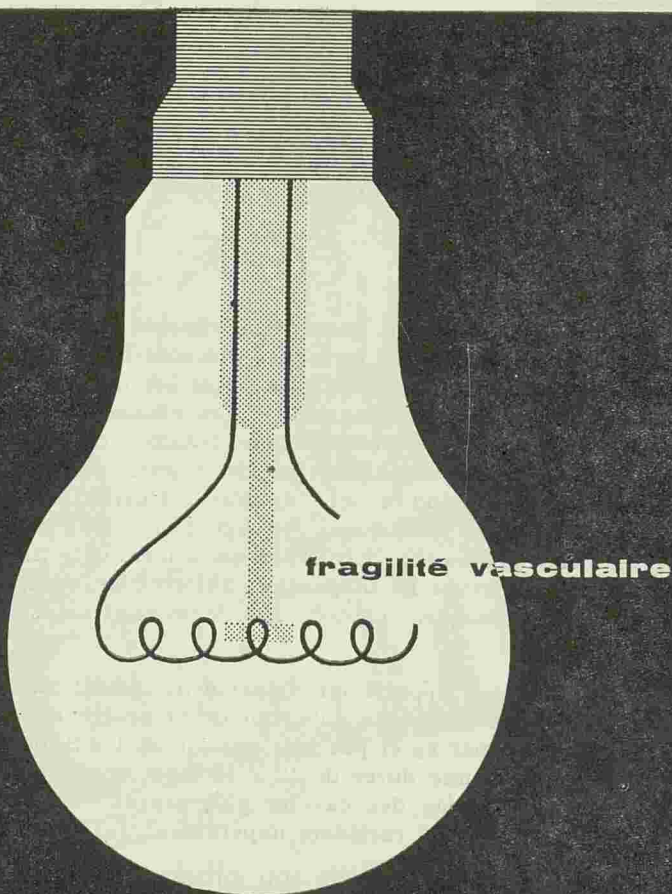
BIBLIOGRAPHIE

- AFIFI M. A. : *Bilharzial cancer*, 1 vol., H. K. Lewis et Cie, éd., Londres, 1948.
- ANDERSON Ch. : *Enquête et recherches sur la bilharziose en Tunisie*, Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1923, 12, 3-21.
- ANDERSON Ch. et GOBERT E. : *Des mesures prophylactiques applicables contre la bilharziose en Tunisie*, Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1924, 13, 125-128.
- BAUGE R. : *Sur un foyer de bilharziose vésicale dans le Sud Tunisien*, Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1941, 30, 291-301.
- BITSCHAI J. : *Bilharziosts of the urinary tract. Some clinical aspect*, J. intern. College Surg., 1950, 14, 211.
- BOUSQUET A. : *La bilharziose dans le Nefzaoua*, Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1930, 19, 438-450.
- BRAULT A. : *Distribution géographique des bilharzioses*, Arch. génér. Méd., 1907, 694.
- BRUCH A. et CATOULLARD G. : *Un cas de bilharziose contracté en Tunisie*, Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1908, 3, 78-80.
- CHADLI A., PHILIPPE E. et ZIRAH P. : *La bilharziose urétérale. A propos d'une observation*, Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1960, 37, 81-101.
- CHAURAND G. et DIACONO H. : *Contribution à l'étude de la répartition géographique de la bilharziose en Tunisie*, Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1923, 12, 94-96.
- Chronique O. M. S. : *La bilharziose*, Maison Cie, éd., 1959, 13, 2-59.
- CONOR A. : *Enquête sur la bilharziose en Tunisie*, Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1910, 4, 1-12.
- CONOR A. et BÉNAZET L. : *Un foyer de bilharziose en Tunisie : la région de Kébili*, Bull. Soc. Path. Exot., 1911, 4, 684-686.
- CONOR A. et BENAZET L. : *Enquête sur la bilharziose en Tunisie : le foyer du Nefzaoua*, Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1912, 3, 124, 130.
- COUVELAIRE R. et BOUHAMMA E. : *Sur la bilharziose urinaire. (A propos de sept observations)*, J. Urol., 1954, 60, 658-683.
- DIACONO H. et MOREAU R. : *Note sur un cas ectopique de bilharzioses en Tunisie*, Arch. Inst. Pasteur Afrique du Nord, 1921, 1, 437-439.
- EL SADR. A. R. : *Surgical aspects of bilharziosis of the ureter*, Med. Labor. Progress, Caïre, 1949, 10, 231-245.
- GELFAND M. : *Bilharzial affection of the ureter. A study of 110 consecutive necropsies showing vesical bilharziasts*. Brit. Med. J., 1948, 26, 1228-1230.
- GELFAND M. et ROSS W. F. : *The distribution of schistosome ova in the genito-urinary tract in subjects of bilharziasis*, Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg., 1953, 47, 218-220.
- GOBERT E. : *Note sur la bilharziose en Tunisie*, Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1934, 23, 348-359.

- GOEBEL C. : *Clinical and pathological observations on bilharzial disease*, J. trop. Med. Hyg., 1903, 6, 106-109.
- HERVÉ A. et PIGANIOL G. : *Données récentes dans la bilharziose urinaire*, Anais. Inst. Med. trop., Lisbonne, 1959, 15, 647-677.
- LANGERON M. : *Recherches sur les cercaires des piscines de Gafsa et enquête sur le bilharziose tunisienne* (septembre-octobre 1920), Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1924, 13, 19-67.
- MAKAR N. : *Bilharzial cancer of the bladder*, J. Roy. Eg. M. A., 1942, 25, 61.
- MAKAR N. : *The bilharzial ureter*, Brit. J. Surg., 1948, 36, 148.
- MAKAR N. : *Sur la lithiase urétérale bilharzienne*. J. Urol., 1956, 62, 761-767.
- MORIN G. : *Contribution à l'étude de l'urétéro-hydronephrose d'origine bilharzienne*, Thèse méd., Marseille, 1954.
- NICOLLE Ch., CATOULLARD G. et GOBERT E. : *Enquête sur la fréquence et la répartition de la bilharziose humaine en Tunisie*, Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1908, 3, 126-132.
- PALLARY P. : *Faune malacologique des eaux douces de la Tunisie*, Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1923, 12, 22-47.
- PAYET M., PENE P. et CAMAIN R. : *Les néphrites bilharziennes*, Bull. Méd. A.O.F., 1954, 2, 141-143.
- SONSINO P. : *Degli entozoe d'ell'uomo in Tunisia*, Atti XI Congresso med. Intern., Rome, 1894, 2, 211.
- SMYRNIOTIS P. C. : *Vessie bilharzienne calcifiée. Dilatation des uréters et tumeur greffée sur la vessie*, J. Radiol., 1937, 21, 489.
- VERMEIL C. : *Etat actuel des recherches schistosomo-malacologiques en Tunisie. Le foyer vésical du seuil de Gafsa*, Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1957, 34, 167-185.
- VERMOOTEN V. : *Bilharziose of the ureter and its pathognomonie appearance*, Amer. J. Urol., 1937, 38, 430.
- YBRAHIM ALY BEY, *Bilharziose of the ureter*, Lancet, 1^{er} déc. 1928.

Une vraie solution de Corticosteroïde...	ALLERGIE NASALE
Solucort	ASTHME (AEROSOLS)
21 PHOSPHATE DE DELTA-HYDRO-CORTISONE + BENZODODECIUM	ALLERGIE OCULAIRE
LABORATOIRES CHIBRET CLERMONT-F ^D • PARIS	 

TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS



CITROFLAVONOÏDES LABAZ

INDICATIONS

Prophylaxie des accidents vasculaires
Rétinites
Modifications pathologiques des capillaires
Œdèmes trophiques

PRÉSENTATION

Flacons de 40 et 100 dragées à 200 mg de
Citroflavonoïdes hydrosolubles standardisés
(P. France cl. 8 et 16)

REMBOURSABLE AUX ASSURÉS SOCIAUX ET AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'ARTICLE 115 (ex. 64)

LABORATOIRES LABAZ - 4, RUE DE GALLIERA - PARIS XVI'

ANALYSE

LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE ET SON TRAITEMENT

par Jean FOUQUET

L'auteur donne une description clinique de la méningite tuberculeuse, en montrant sur les signes précoces de la maladie, et sur certains signes particuliers, tels l'otalgie et les douleurs abdominales qui peuvent faire errer le diagnostic. Les examens complémentaires, la recherche de l'allergie tuberculinique, l'examen du fond de l'œil, l'étude du liquide céphalo-rachidien, et de l'électro-encéphalogramme sont minutieusement étudiés et discutés. L'investigation par l'électro-encéphalogramme fournit des renseignements d'un intérêt incontestable au début et en cours d'évolution de la méningite tuberculeuse. Après avoir passé en revue les diagnostics différentiels, et les différentes descriptions anatomiques, l'auteur aborde le traitement de la méningite tuberculeuse.

L'isoniazide a apporté un changement radical au traitement et au pronostic de la méningite tuberculeuse. Employé à des doses élevées, 20 mg à 50 mg par kg et par jour, associé au L.A.S. ou à la Streptomycine et pendant une durée de 12 à 18 mois, cet antibiotique a permis des guérisons, même des cas les plus graves. Le traitement intrarachidien n'a plus de caractère impératif.

Quant à la thérapeutique anti-inflammatoire qui utilise les corticoïdes, elle permet de franchir le cap difficile des premières semaines de la maladie.

Les traitements tardifs ou insuffisants sont responsables de l'apparition des formes prolongées ou compliquées, de séquelles paralytiques, ophtalmologiques, psychiques et endocriniennes. Le pronostic de la méningite tuberculeuse dépend de la précocité du diagnostic et de la conduite du traitement. Si l'on évite les erreurs de diagnostic et de traitement, l'auteur pense qu'avec les moyens dont nous disposons actuellement, nous devons pouvoir guérir la quasi totalité des méningites tuberculeuses.

Dr B. HAMZA.

Encore un ?
ANALGÉSIQUE

OUI...
mais



traitement
NOUVEAU

COMPRIMÉS ANALGÉSQUES

CEPHYL

INDICATIONS

CÉPHALÉES - MIGRAINES - NÉVRALGIES - SCIATIQUES
DOULEURS RHUMATISMALES - RÈGLES DOULOUREUSES



ACTION IMMÉDIATE

Phénacétine	0,14
Caféine	0,04
Ac. Acétyl salicyl.	0,10



ACTION PROLONGÉE

Gelsemium	6
Spigelia	6
Iris versicolor	6
Nux vomica	6
Belladonna	6

Demandez-nous des échantillons.

LABORATOIRES P.H.R. - 38, RUE THOMASSIN-LYON - TÉL. GA 12-17

Indications actuelles et effets thérapeutiques de l'Ascorbate de réserpine en médecine générale

par A. RAVINA (Paris).

—o—

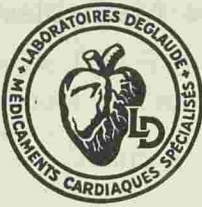
Cette expérimentation clinique nous a permis de constater que l'ascorbate de réserpine possède, en dehors de son utilisation neuro-psychiatrique, d'assez nombreuses indications en médecine générale, en particulier chez les sujets atteints de dystonies neuro-végétatives à manifestations vasculaires, digestives ou cutanées.

Administrée à des doses variant le plus souvent entre 0,50 et 0,75 mg et dépassant rarement 1 mg, cette médication est remarquablement supportée. Une seule de nos malades s'est plainte de quelques manifestations psychiques lorsque les doses ont dépassé 1,5 mg. Deux autres ont présenté une légère diarrhée dont il n'est pas certain qu'elle soit imputable au traitement.

Non seulement les réactions secondaires provoquées par cette médication sont exceptionnelles, mais celle-ci nous a paru exercer un effet euphorisant certain. Elle possède une action sédative plus marquée que celle de la réserpine-base, augmente la tranquillité d'esprit, entraîne une sensation de bien-être très particulière, une stimulation nette de l'appétit et permet des augmentations de poids appréciables. Presque tous nos malades, dont certains étaient cependant des sujets très instables, ont pu être traités ambulatoirement.

Il paraît en outre indiqué d'utiliser l'ascorbate de réserpine lorsque l'emploi de la réserpine seule s'accompagne d'asthénie, de fatigabilité musculaire ou d'une tendance à la dépression. Dans beaucoup de cas, enfin, ce produit s'est montré une médication adjuvante de valeur, capable de déclencher, dans une affection jusque là trainante, un processus de guérison.





LABORATOIRES DEGLAUDE

15, Boulevard Pasteur, PARIS-XV*

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE

P. Cl. 2

Tonique cardiaque

SPASMOSÉDINE

P. Cl. 2

Sédatif cardiaque

TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Av. de Londres — TUNIS

*DORMIR ET TRAVAILLER
AU MILIEU DES BRUITS*

Boules QUIES

*EVITER LES OTITES
EN NAGEANT*

Laboratoires "QUIES" 8, Rue Auguste-Chabrières - PARIS XV

TUNISIE — O. S. P. : 10, Rue Amilcar — TUNIS

ÉCHANTILLON A TOUTE DEMANDE QUI SE RECOMMANDERA DE CE JOURNAL

Société Tunisienne des Sciences Médicales

— 0 —

VENDREDI 6 MAI 1960, A 18 H. 30, A TUNIS

(Maison du Médecin)

COMMUNICATIONS :

- M. Léon MOATTI : « L'extraction des corps étrangers des voies aériennes par voie trachéale basse ».
- MM. B. HAMZA et H. MAHERZI : « A propos d'un cas d'amylose hépatosplénosurrénalienne : Considérations pathogéniques ».
- M. Mohamed EL FEKIH : « Contribution à l'étude du dosage de la morphine dans le sang ».
- M. Raouf BENBRAHEM : « Compte-rendu des Journées Africaines de Pédiatrie (Avril 1960) ».

* * *

DIMANCHE 22 MAI 1960 DE 10 H. A 13 H., A SFAX

(Ecole des Infirmières)

COMMUNICATIONS :

- MM. Salem NAJAH et Georges KAIAT : « Traitement des kystes hydatiques du poumon par le Thymol Iodé ».
- MM. Saïd MESTIRI, Hechmi AYARI et Mohamed FOURATI : « Anas-tomose porto-cave d'urgence pour varices œsophagiennes ».
- M. Mustapha FOURATI : « Un cas de paralysie faciale post-amygdalec-tomie ».
- M. Chadly TABBANE : « A propos d'un cas d'intoxication mortelle par la codéine chez un enfant de 18 mois ».
- MM. MAAZOUN et Mustapha FOURATI : « Aménorrhée avec apistaxis ayant cédé à une exploratrice abdominale ».
- M. Raouf BENBRAHEM : « Considérations sur les courbes pondérales, la morbidité et la mortalité des nourrissons fréquentant les Cen-tres de Protection Maternelle et Infantile de Tunis ».

- M. Hédi RAIS : « Trichiasis » — « Greffe subtotale de cornée » (films).
- MM. Zouhir ESSAFI et Néjib MOURALI : « Une étiologie rare d'ictère chronique par rétention : le rétrécissement congénital du cholédoque ».
- M. MAAZOUN : « Un cas de pseudo-hermaphrodisme andro-gynoïde ».
- MM. Béchir HAMZA, Maurice HUET et Hédi JEDIDI : « Contribution à l'étude du traitement des diarrhées infantiles en Tunisie ».
- M. Salem NAJAH : « Un cas de tuberculose grave guérie médicalement ».
- M. Salem NAJAH : « Un cas de tuberculose pulmonaire résistant d'emblée au traitement antibiotique. ».

Amibicide spécifique

de grande efficacité par **voie buccale**

GLAUCARUBINE HOUDÉ

Substance *crystallisée* extraite du *Simaruba glauca*

Comprimés sécables dosés à 50 mg.

Tube de 25

- Dysenterie amibienne aiguë
- Amibiase intestinale chronique
- Colites amibiennes.

Posologie : Adultes : 4 à 6 comprimés par 24 heures pendant 5 à 10 jours;

Enfants : 3 mg. par kilogramme de poids par 24 heures pendant 5 à 10 jours.

Remboursé par la Sécurité Sociale. Prix classe 14

Laboratoires HOUDÉ

NOR. 40-58

9, rue Dieu, Paris 10^e

BOT. 60-98

Adresse télégraphique : GRANULOUDE-PARIS

INFORMATIONS.**CONGRES MEDICAL DU MOYEN-ORIENT**

Le Congrès Médical du Moyen-Orient se tiendra à Beyrouth, les 5, 6 et 7 mai 1961.

Les travaux intéressants la Pédiatrie, la Cardiologie, la Gynécologie, la Médecine Générale y seront présentés.

Pour toute correspondance prière d'écrire à l'adresse suivante :
Docteur Raif E. Nassif M. D., American University Beirut, Lebanon.

SCHOUM**FOIE****REINS****VESSIE****DRAGÉES****MAGNOSCORBOL**

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL**Antiseptique**

- INTERNE
- EXTERNE

OMNIVUM

LABORATOIRES PARISIENS · 13, 15, Rue de la Sablière · Courbevoie/Seine

SCHOUM, P. Cl. 2 — MAGNOSCORBOL, P. Cl. 3 — ANIODOL, P. Cl. 1 et 2
TUNISIE - Agence Pharmaceutique Française
8, Passage de la Monnaie - TUNIS

ANTALGIQUE ET DECONTRACTURANT

EQUANIL-ASPIRINE

Arthralgies et algies vertébrales

Syndromes douloureux chroniques

Accès paroxystiques des migraines

Dysménorrhées

de 2 à 8 comprimés par jour

Comprimés dosés à 125 mg d'Equanil et 400 mg d'Aspirine

Boîtes de 50 comprimés (cl. 9)

Laboratoires BYLA 20, Rue des Fossés-S'-Jacques - PARIS-V^e

ANNONCE.

A Saint-Honoré-les-Bains, le Docteur Segard est sur le point de céder son Cabinet Médical.

— Avec (ou sans) une belle villa de 15 pièces, confortable, meublée ou non, dans le quartier résidentiel — Au comptant.

— Il nous prie d'en informer nos lecteurs au cas où cette offre intéresserait l'un d'eux.

— Lui écrire à Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre).

— 0 —

Ed. de CAROUIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISÉ

- PLAIES ATONES
- ESCARRS
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.

Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.

Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.



ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY, PH^{ARM}, 76, r. des Rondeaux - PARIS

Le Gérant : Docteur Amor KHALFAT

Imp. BASCONE & MUSCAT : 41, Avenue de Londres — TUNIS

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. S. MESTIRI — B. HAMZA — R. BEN BRAHEM —
A. CHADLY — A. KHALFAT — J. BENAÏSSA — Ch. TABBANE
— M. ABDELMOULA — P. BIERENT — J. BOUJENAH —
A. CHARRAD — M^{me} J. DAUD — MM. A. FOURATI —
A. HAGEGE — L. MOATTI — H. RAIS.

Rédaction : Ch. TABBANE

Administration : D^r Amor KHALFAT
M^{me} DOUIEB



Publicité pour la France :

S. BATARD, 33 bis, Avenue Thiers — LE RAINCY (Seine-et-Oise)

REF. 250,3

2

*prises
quotidiennes*

DIAMANT



HEXACYCLINE

adultes / **DRAGÉES** : flacon de 16 P. Cl. 23
SIROP : flacon de 160 ml. P. Cl. 23

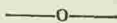
enfants / **SIROP** : flacon de 60 ml. P. Cl. 12

LABORATOIRES DIAMANT S. A. 63, Bd. HAUSSMANN - PARIS-8° - ANI. 46-30

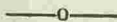
REMBOURSÉ S. S. A. M. G.

NUMÉRO SPÉCIAL :
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

SOMMAIRE (1^{re} Partie)



A propos du syndrome de Stein-Leventhal, par le Dr VALENSI	413
Le retentissement des malformations utérines sur la grossesse et l'accouchement, par les Drs T. BENZINA-BENCHEIK et Fr. NACCASCH	437
L'avenir obstétrical des femmes antérieurement césarisées, par les Drs VALENSI et KARAKO	449
La mortalité maternelle à la Maternité de l'Hôpital Ch. Nicolle, par les Drs VALENSI, R. BRAMI et BENZINEB	471
Les chances (ou les risques) de grossesse après tuberculose génitale, par les Drs VALENSI et L. SAADA	489



ouabaïne arnaud

Le tonocardiaque d'urgence et des insuffisances cardiaques à rythme régulier ou lent.

Remb. S.S. et agréé Coll. Amp. et Sol. P. cl. 2
Remb S.S. : Suppos P. cl. 2



LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (15)

OPO-VEINOGENE

Traitement physiologique de la maladie veineuse et des troubles circulatoires

Indications

Troubles de la circulation de retour.
Insuffisance veineuse et ses manifestations
vasculaires.

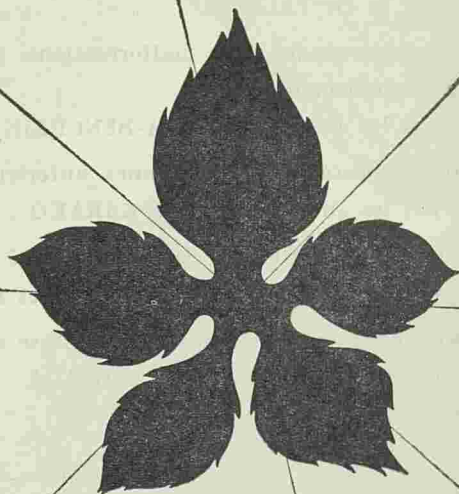
Présentation

Ampoules buvables.
Boîte de 12 et coffret de 24 ampoules.

P. Cl 3 P. Cl 6

Posologie

1 ampoule de préférence le matin
à jeun dans un peu d'eau.



*A base de pigments anthocyaniques de
la feuille de vigne rouge.*

*1.200 gammas de vitamine P native
par ampoule.*

LABORATOIRES

Biosedra

S. A., 28, RUE FORTUNY - PARIS-17* - TÉL. CAR. 20-22, 23

USINE A MALAKOFF

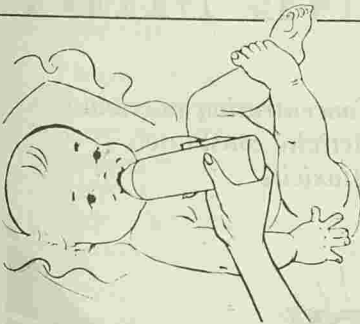
TUNISIE : R. FALDINI — 6, Rue, d'Avignon — TUNIS

SOMMAIRE (2^{me} partie)

— 0 —

INFORMATIONS :

Bourse d'études	497
Service de Contrôle Médical (lettre adressée par M. MESSADI) ..	497
XIX ^e Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française	499
Centre Pierre et Marie Curie : Concours de Recrutement	501
Fondation Rothschild - Paris : Conférences et démonstrations sur « La standardisation et l'accélération des examens biologiques systématiques et à but préventif »	503
Livres reçus	505
Produits nouveaux	506



*Un lait en poudre sûr
de prescription journalière*

MATERNA NORMAL POUR NOURRISSONS

(BANDE ROUGE)

Demi-écrémé (15 % MG) • Sucré • Dextri-maltosé


ALIMENT DE L'ENFANT BIEN PORTANT

(JUSQU'À LA FIN DU 7^e MOIS)

Lait Médicinal

MATERNA

- ▶ **SPÉCIAL** POUR NOUVEAU-NÉS (Bleu)
- ▶ **NORMAL** POUR NOURRISSONS (Rouge)
- ▶ **COMPLET** NON SUCRÉ (Vert)
- ▶ **NORMA** DE RÉGIME (Paysage)



oxyurose - ascaridiose

sirop de

PIPÉRAZINE MIDY

Concentration maximum
Activité constante
Atoxicité



LABORATOIRES MIDY - 67, AVENUE DE WAGRAM, PARIS-17^e

TUNISIE : SPECIMEDHY — 37, Rue d'Isly — TUNIS

A propos du syndrome de STEIN-LEVENTHAL

par le D^r VALENSI

De la masse confuse des dystrophies ovariennes, STEIN et LEVENTHAL ont dégagé en 1935, un syndrome anatomo-clinique portant désormais leurs noms (1), et caractérisé :

Cliniquement par une aménorrhée secondaire ou plus exactement une spanioménorrhée, avec stérilité, survenant chez des femmes obèses (modérément) et hirsutes.

Anatomiquement par 2 gros ovaires (blancs - nacrés, durs et lisses) dont la corticale est fortement sclérosée.

L'intérêt de leur description anatomo-clinique est la sanction thérapeutique qu'elle implique : la résection cunéiforme des ovaires rétablit le cycle menstruel et permet généralement la fécondation.

Ce syndrome avait le mérite d'une évidente simplicité de lignes clinique, anatomique et thérapeutique, que de très nombreuses publications ultérieures semblaient confirmer.

Mais à mesure que se multipliaient les observations, les discussions commencèrent et aboutirent, de nuance en nuance, de démembrement en démembrement, à estomper les limites qui semblaient si heureusement cerner la construction de STEIN et LEVENTHAL. Sans doute en savons-nous plus qu'avant, sur ces formes singulières de dystrophie ovarienne, mais les progrès accomplis nous posent plus de problèmes qu'ils n'en ont résolus.

C'est ce que j'essayerai de vous montrer à propos de quatre observations que nous avons recueillies ces derniers temps.

OBSERVATION N° 1

Madame Br..., 33 ans. Examinée la première fois, en avril 1957, pour stérilité primaire de 11 ans.

Puberté à 15 ans, normalement réglée pendant 2 ans, puis allongement du cycle, aboutissant à une spanioménorrhée : n'était réglée qu'une ou deux fois par an.

(1) Exposé fait en mai 1960 aux « séances du mercredi » de l'Hôpital Charles Nicolle.

Pas de molimem catamenial.

Ni obésité, ni hirsutisme.

Utérus légèrement hypoplasie — col conique — sans glaire cervicale. On sent nettement au toucher 2 ovaires durs légèrement augmentés de volume, et sensibles à la pression.

Courbe thermique monophasique.

B. d'endomètre : image du 8^e jour.

Dosage des 17 céto-stéroïdes : 12 mmg par 24 heures.

La femme avait subi sans résultat, pendant plusieurs années, les traitements hormonaux habituels.

Nous avons conseillé l'intervention qui ne fut acceptée que 15 mois plus tard, après l'échec de nouvelles cures hormonales.

Compte-rendu opératoire :

I.M.S.O. : Utérus normal.

Trompes normales.

Les ovaires sont légèrement augmentés de volume, durs, lisses, très blancs, porcelainés; on aperçoit à travers une paroi épaissie quelques rares follicules.

On pratique une résection cunéiforme bilatérale et l'on ferme en trois plans.

Compte-rendu de l'examen histologique :

Les fragments envoyés à l'examen sont constitués par un tissu ovarien dont on reconnaît :

- 1° Le stroma sarcomatoïde très dense;
- 2° Les artérioles spirales à parois très épaissies;
- 3° De rares follicules immatures enfouis dans un tissu fibreux dense.

On ne reconnaît plus en surface d'assise cubique de revêtement, on note de très rares cicatrices de corps jaune, ainsi que quelques cavités kystiques dont la lumière est occupée par de la liquor folliculi.

En résumé : Fibrose intense, surtout de surface au niveau des fragments d'ovaires dont la corticale est pauvre en follicules immatures.

28 jours exactement après l'intervention : écoulement menstruel normal, qui réapparut le mois suivant. La courbe thermique était alors nettement diphasique avec décalage au 14^e jour.

Le mois suivant, retard de règles. A l'examen : utérus gravide.

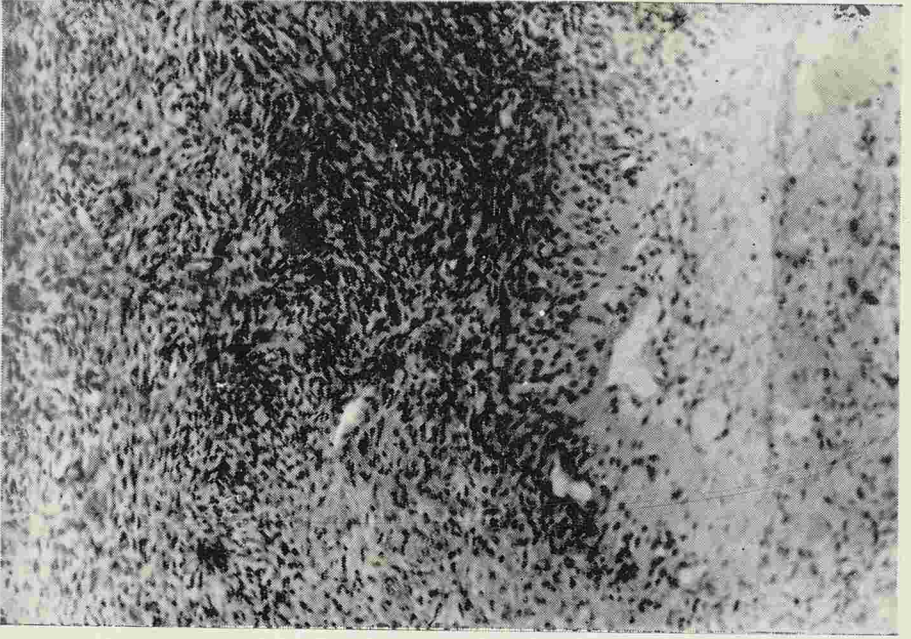


FIG. 1. — Corticale ovarienne, épaisse, fibreuse, pauvre en follicules (Obs. N° 1)

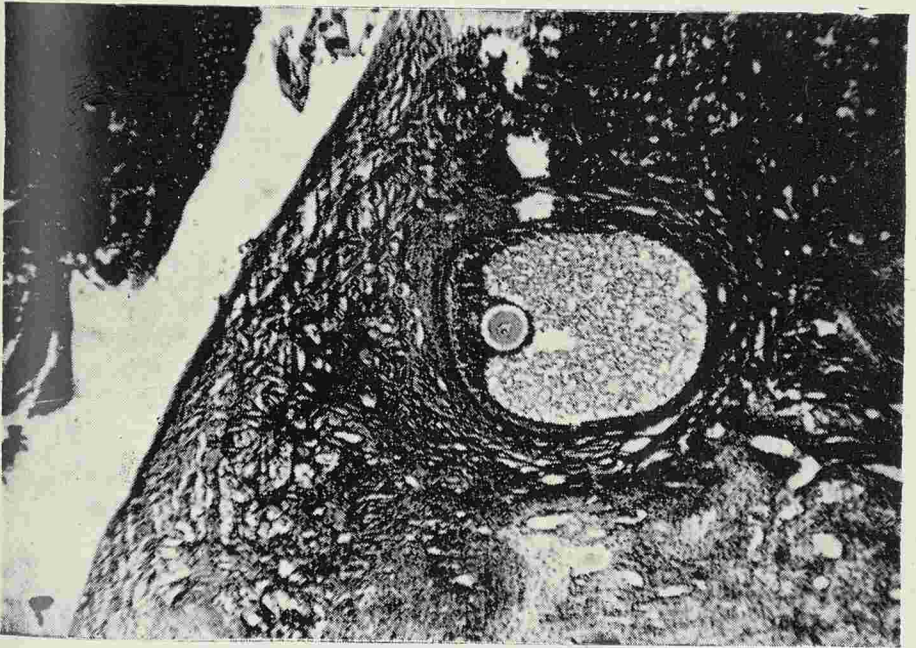


FIG. 2. — Corticale ovarienne fibreuse recouvrant un follicule mûr avec ovocyte, mais hyperthécose (Obs. N° 2)

La grossesse a malheureusement été interrompue au 4^e mois par une fausse-couche spontanée.

Depuis, les règles apparaissent à peu près régulièrement avec courbe thermique diphasique. Mais il n'y a pas eu encore de nouvelle grossesse.

OBSERVATION N° 2

Madame Az..., 24 ans. Examinée la première fois, en avril 1958, pour stérilité primaire de 3 ans.

Puberté à 15 ans. Dès le début : cycle allongé dépassant généralement les 40 jours, et depuis 2 ans, cycle de 3 à 4 mois, avec écoulement normal.

Ni obésité, ni hirsutisme.

Utérus normal.

On sent nettement à droite un ovaire légèrement augmenté de volume et sensible.

Hystéro salpingographie : cavité et trompes normalement injectées.

Courbe thermique monophasique.

Dosage des 17 céto-stéroïdes : 14 mmg par 24 heures.

B. d'endomètre : endomètre du type folliculinique, sans aucun signe d'activité sécrétoire.

Les divers traitements hormonaux subis jusque-là, ne donnaient que des résultats inconstants.

L'intervention proposée, ne fut acceptée qu'en août 1959.

Compte-rendu opératoire :

I.M.S.O. : L'utérus et les trompes sont normaux, mais les ovaires sont nettement augmentés de volume, arrondis, porcelainés, cependant ils laissent voir par transparence de très nombreux follicules.

On pratique une résection cunéiforme des deux ovaires.

Fermeture en 3 plans.

Compte-rendu de l'examen histologique :

Les fragments d'ovaires envoyés à l'examen, aussi bien prélevés à gauche qu'à droite, présentent des lésions et une structure histologique identique : il s'agit d'un parenchyme ovarien qui présente en surface une corticale épaisse, riche en substance collagène et en fibro-

androtardyl

(œnanthate de testostérone)

**ANABOLISANT EUPHORISANT
TONIFIANT DYNAMOGÈNE**

s' impose en

**MÉDECINE GÉNÉRALE
GÉRIÂTRIE
CARDIOLOGIE
PNEUMO-PHTISIOLOGIE
UROLOGIE
GYNÉCOLOGIE
HÉPATOLOGIE
CHIRURGIE
NEURO-PSYCHIÂTRIE
CANCEROLOGIE
CORTICO-THÉRAPIE**

Ampoules de 1 cc à 50-100-250 mg
1 injection i.m. par mois

Littérature et échantillons :

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS

13, rue Miollis — PARIS (XV^e) — SUFren 54-94

blaste au-dessous de laquelle on trouve de très nombreuses follicules immatures. On trouve également des follicules d'âge évolutif différent, les uns ayant une thèque interne assez épaisse.

On note enfin la présence de nombreux follicules kystiques dont la lumière est occupée par une abondante liquor folliculi.

En résumé : Il s'agit d'un parenchyme ovarien très riche en follicules immatures bordé par une coque fibreuse, cependant assez lâche.

Réglée spontanément après l'opération, tous les 40 jours, avec un décalage thermique net vers le 30^e jour du cycle.

En février 1960, retard de règles. Courbe thermique se maintenant au-dessus de 37°. Il s'agissait d'une grossesse (encore en évolution).

OBSERVATION N° 3

Madame T... Examinée la première fois à l'âge de 17 ans, pour : spanioménorrhée et obésité.

Puberté à 14 ans. Les premiers cycles étaient normaux. Dès l'âge de 15 ans, allongement progressif des cycles avec écoulement menstruel normal.

Quand nous l'avons vue à 17 ans, elle n'avait ses règles que tous les 3 ou 4 mois.

En vérité, plus que la spanioménorrhée, l'obésité tourmentait cette jeune fille : c'était une obésité assez importante (90 kgs pour une taille de 1 m, 60), sans localisation particulière, le M. basal était augmenté légèrement (+ 15 %).

Le régime, l'extrait thyroïdien firent tomber le poids à 75 kgs en 5 mois, mais les règles étaient toujours très espacées.

Nous avons alors perdu de vue la malade qui avait quitté la Tunisie, pour ne la revoir que 7 ans plus tard.

Mariée depuis 3 ans, son poids s'était stabilisé aux environs de 80 kgs, la spanioménorrhée persistait malgré divers traitements hormonaux subis entre-temps.

Elle venait nous voir pour **stérilité primaire.**

Nous avons noté alors :

- Système pileux du type féminin normal.
- Organes génitaux normaux de nullipare; les ovaires perceptibles paraissaient durs et sensibles au toucher.

- Courbe thermique constamment au-dessous de 37°.
- B. d'endomètre : image du 8^e jour du cycle.
- Dosage des 17 céto-stéroïdes : 9 mmg par 24 heures.
- Enfin, à l'hystérogaphie : cavité et trompes normalement injectées et perméables.

Nous avons conseillé alors une résection cunéiforme. La malade hésitait, et d'ailleurs elle devait de nouveau quitter Tunis.

Nous l'avons revue pour la 3^e fois, deux ans après.

Elle avait entre-temps subi, 15 mois auparavant, cette intervention que nous avons proposée et depuis, était réglée tous les mois. Depuis 3 mois, soit un an après la résection cunéiforme, elle était enceinte.

La grossesse s'est prolongée au delà du terme.

Après 15 jours de dépassement du terme et parce qu'il y avait en outre une présentation du siège, avec un bassin limite, nous avons conseillé une césarienne pour ne pas faire courir le moindre risque à un enfant si longtemps espéré.

Enfant vivant, normal, pesant 4 kgs 200.

Depuis l'accouchement la femme est normalement réglée.

OBSERVATION N° 4

Madame G..., 34 ans. Malade adressée par le Dr ROLLAND pour **spanio-ménorrhée**.

Bien réglée jusqu'au mariage (15 ans auparavant), jamais de grossesse.

Obésité modérée.

Hirsutisme net du visage et de la région pubo-annale.

Utérus légèrement augmenté de volume.

On sent nettement un gros ovaire gauche.

Biopsie d'endomètre : en période d'aménorrhée, image du 18^e jour, avec une légère activité sécrétoire.

Dosage des 17 céto-stéroïdes : 12 mg, 8.

On porte le diagnostic de syndrome de Stein-Leventhal et propose l'intervention qui fut pratiquée fin 1958 par le Dr ROLLAND.

Les ovaires avaient anatomiquement tous les caractères habituels du syndrome.

Depuis la femme est très normalement et régulièrement réglée.

LES SIGNES CLINIQUES

A s'en tenir à la description première de STEIN - LEVENTHAL vous remarquerez qu'une seule de nos malades (obs. n° 4) présentait tous les signes cliniques caractéristiques :

- Spanioménorrhée;
- Stérilité;
- Obésité modérée;
- Hirsutisme net.

Dans les autres cas, l'un ou l'autre de ces symptômes manquaient :

Ou bien la femme n'était pas obèse;

Ou bien sa pilosité était normale.

Par contre, dans toutes les observations, les femmes étaient spanioménorrhéiques et stériles.

Ces remarques confirment l'impression de tous les auteurs concernant la valeur relative des quatre signes cliniques rapportés dans les premières descriptions de STEIN - LEVENTHAL.

L'obésité est le moins constant des symptômes :

RABINOVICZ, dans sa thèse, la signale 28 fois sur 35 cas : elle manquait dans 9 cas.

LIMAGE (Bruxelles) sur 6 cas ne trouve aucune obèse et NETTER ne la signale qu'une fois sur 4.

Il faut bien dire, que l'obésité, surtout l'obésité modérée, est tellement fréquente chez les femmes et spécialement chez celles qui ont des absences de règles, qu'on ne peut attribuer à ce signe une signification particulière chez les malades atteintes de syndrome de St. L.

D'ailleurs, certains auteurs en ont signalé des cas indiscutables avec maigreur, ce qui enlève finalement toute valeur au symptôme obésité dans l'état qui nous occupe.

L'hirsutisme lui-même, qui donnait le plus de relief aux premières descriptions cliniques, précisément à cause de sa coexistence avec l'obésité, cet hirsutisme n'est pas constant non plus :

LEVENTHAL et COHEN l'ont noté 7 fois sur 10.

RABINOVICZ sur 77 cas recensés, l'a noté 42 fois très marqué et 24 fois discret.

Et si LIMAGE l'a remarqué chez toutes ses 6 malades, NETTER ne l'a signalé qu'une fois sur 4.

Nous-même, rappelons-le, ne l'avons observé qu'une seule fois (obs. n° 4).

L'inconstance de l'hirsutisme est un peu « gênante » car, vous le verrez, de grandes discussions pathogéniques se sont précisément basées sur ce signe et sur l'androgénie biochimique qu'il impliquait. S'il peut donc y avoir syndrome de St. L. sans hirsutisme cela remet en question la valeur de ces explications.

Et pour accentuer les réserves qu'il convient de faire au sujet de ces deux symptômes : obésité et hirsutisme, signalons dès maintenant, que si l'intervention chirurgicale guérit les troubles des règles et la stérilité, elle est habituellement sans effet sur l'embonpoint et la pilosité des malades.

De même, si par le régime (ou l'extrait thyroïdien) on parvient à amaigrir les femmes, on n'en obtient pas, pour autant, d'amélioration des autres symptômes, comme le prouve par exemple, l'obs. N° 2.

Stérilité et troubles des règles demeurent, par contre, les 2 signes cliniques essentiels. Encore faut-il préciser leurs caractères et nuancer leur signification.

La stérilité ne manque dans aucune des observations connues (sauf chez les célibataires, faut-il le dire ?)

Il s'agit très généralement de **stérilité primaire**.

Pourtant, dans certains cas, les femmes avaient eu une ou plusieurs grossesses avant les manifestations cliniques du syndrome. Ces stérilités secondaires, si rares soient-elles, ne sont pas très faciles à comprendre, si l'on tient compte des bases anatomiques de la maladie.

Les troubles des règles enfin, sont dans l'immense majorité des cas du type :

Spanioménorrhée. Cette spanioménorrhée est presque toujours secondaire, survenant quelques années après la puberté, et les cycles antérieurs peuvent avoir été normaux, ou déjà un peu allongés.

L'absence de règles ne s'accompagne pas de signes du molimen catamenial et, le plus souvent, l'aménorrhée résiste aux thérapeutiques hormonales habituelles.

Ajoutons, que si l'aménorrhée est le trouble des règles le plus typique, on a signalé des :

Formes métrorragiques, soit qu'avant l'aménorrhée les femmes aient eu des cycles courts avec règles prolongées, soit que l'hémorragie survienne en cours de maladie après une longue période d'aménorrhée :

INGERSOLL et MAC DERNOTT, par exemple, ont signalé 8 formes hémorragiques sur 21 malades et ROMAN (d'Annecy) après MAYER, HERVÉ lisses, guéris par la résection cunéiforme.

et CAMENEN ont publié des cas de méno-métrorragies avec gros ovaires

ampoules buvables

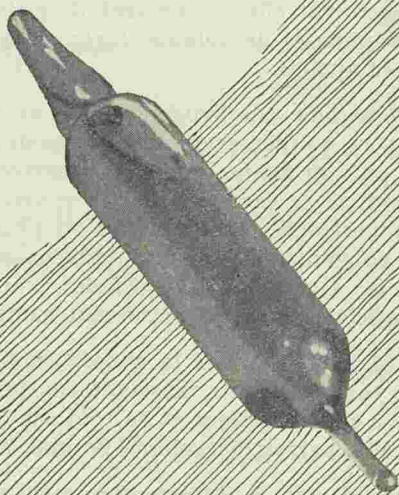
HAMARUTYL

vitamine P : 10.000 gammas

associée à la vitamine C, au Citrate sodique et à l'hamamelis.

altérations veineuses

fragilité capillaire



En vérité, la diversité de ces troubles de règles n'est pas contradictoire si l'on met en relief leur origine immédiate : il s'agit dans un cas comme dans l'autre **d'absence d'ovulation**, et celle-ci peut aboutir aussi bien à la spanioménorrhée qu'au cycle anovulaire ménorragique.

En dernière analyse, si l'**obésité** et l'**hirsutisme** sont des signes mineurs, de signification discutable et encore discutée, **la stérilité et le trouble des règles** sont l'expression clinique d'un état anatomique indiscutable : **l'absence d'ovulation**.

LES SIGNES ANATOMIQUES

Les premières observations de syndrome de St. L. avaient été publiées sous le nom de « Polycystic ovary syndrom » encore utilisé par les auteurs américains.

On préfère en Europe éviter ce terme qui englobe les innombrables dystrophies ovariennes dites « scléro-kystiques » bien connues de tous, mal comprises encore et, semble-t-il, bien différentes anatomiquement des cas groupés dans le cadre nosologique du syndrome de St. L.

Celui-ci se caractérise anatomiquement :

- 1° Par une sclérose de la corticale ovarienne.
- 2° Par des anomalies des follicules.

LA SCLEROSE DE LA CORTICALE

Cliniquement elle est souvent décelable au toucher : on sent deux **ovaires augmentés de volume** (légèrement), durs et parfois douloureux au toucher appuyé.

Il est notable que l'augmentation de volume et la dureté sont permanentes, ce qui contraste avec les modifications de volume et de consistance, plus ou moins cycliques, observées au cours de l'« ovarite micropolykystique » commune. Par la gynécographie gazeuse et la coelioscopie, l'hypertrophie des 2 ovaires est plus nettement mise en évidence. Mais sur ce point nous sommes de l'avis de NETTER : il nous a été possible chez nos 4 malades de sentir des ovaires gros et durs, et ces explorations spéciales ne nous paraissent s'imposer dans tous les cas.

Faut-il ajouter que si la gynécographie met en évidence l'augmentation de volume, elle ne renseigne pas sur la consistance dure qui nous paraît plus caractéristique et en tout cas constante, alors que les ovaires peuvent être parfois de volume normal ?

En vérité, c'est à l'**intervention** que l'on peut bien se rendre compte de l'état des ovaires, les voir, les sentir, les décrire. On découvre alors :

**Théophylline-
p-aminobenzoate
de pipérazine**

ANTALBY
BAILLY

ET SES ASSOCIATIONS

Dyspnées
*broncho-pulmonaires
ou cardio-vasculaires*

ANTALBY PHÉNOBARBITAL
SÉDATIF

ANTALBY OUABAÏNE
CARDIOTONIQUE

Posologie	Suppositoires A	Suppositoires E	Comprimés	Ampoules
ANTALBY	1 à 4 par jour	1 à 4 par jour	3 à 8 par jour au cours des repas	1 à 2 par jour en I. V. ou aérosof
ANTALBY- PHÉNOBARBITAL	1 à 3 par jour	1 à 4 par jour	3 à 8 par jour au cours des repas	/
ANTALBY- OUABAÏNE	1 à 3 par jour	/	/	/

LABORATOIRES A. BAILLY
SPEAB - 19 RUE DU ROCHER - PARIS 8

Agents dépositaires pour la TUNISIE:

MM. **VALENZA & C^{IE}** 36, Rue Thiers TUNIS

STRESS

ALEPSAL

MISE AU ZÉRO
CORTICO-SOMATIQUE

3 DOSAGES

10 cg. CONVULSIONS
5 cg. SPASMES
1 cg. 1/2 DYSTONIES

COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES

**PHÉNOBARBITAL "CORRIGÉ" PAR
BELLADONE STABILISÉE (Feuille)**

Contre les manifestations secondaires Parasymphatiques.

CAFÉINE Eupnéique et Analeptique Cardio-Hépat-Rénal
à dose faible permettant une tolérance encore accrue.

LABORATOIRES GÉNÉVRIER - 45, RUE M. MICHELIS - NEUILLY-PARIS



REMBOURSÉ S. S.
P. classe I

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie, 34, Rue de Marseille — TUNIS

A) Des signes anatomiques macroscopiques qui ne trompent pas :

1° L'atteinte des ovaires est bilatérale.

2° Les ovaires sont généralement d'un volume 2 à 3 fois plus gros que normalement.

3° La surface des ovaires est : blanche, nacrée comme porcelainée; lisse, on ne voit aucune saillie folliculaire et ce fait est tout à fait caractéristique : il distingue le syndrome anatomique de St. L. de celui des autres « ovaries scléro-kystiques » où les ovaires ont une surface irrégulière, grenue, du fait de la saillie ou de la vision en transparence de nombreux follicules kystiques.

4° Les ovaires sont durs au palper, et crissent sous le bistouri pendant la résection. Il s'écoule alors un peu de liquide s'échappant de quelques follicules distendus; mais surtout, on aperçoit une corticale uniformément épaissie formant comme une capsule blanche ressemblant à l'albuginée testiculaire.

Il ne s'agit pas d'ailleurs, d'une véritable albuginée, d'une enveloppe histologiquement indépendante du tissu ovarien, comme celle du testicule est indépendante de la glande.

C'est, en réalité, une partie de la corticale ovarienne, la plus superficielle, épaissie par la sclérose.

5° Sous cette zone sclérosée on aperçoit de nombreuses cavités folliculaires micro-kystiques, toutes refoulées vers la médullaire et aucune n'affleurant à la surface.

6° Enfin, on ne voit aucun corps jaune récent et les corps jaunes anciens (corpora allicantia) sont rarissimes.

B) L'examen histologique :

1° Confirme la réalité de la sclérose de la corticale, uniforme, sans invagination vers la profondeur.

2° Il met surtout en évidence, les modifications des follicules caractérisées : par l'absence d'ovulation et l'hyperthécose.

Cette anomalie histologique consiste en hypertrophie de la thèque interne, contrastant avec l'hypotrophie habituelle de la granulosa.

Ces modifications décrites en 1897 par BULINO et KRETSCHNER, ont été mises en relief dans le syndrome de St. L. par FRANKEL en 1943, qui le premier a employé ce terme d'hyperthécose.

Dans la thèque interne hyperthéphiée on observe souvent une certaine lutéinisation des cellules.

Certains auteurs tenant compte de cette lutéinisation des cellules thécales, ont parlé de « syndrome d'hyperlutéinisation », ce qui n'est pas admis par tous.

D'autres, vont encore plus loin, et SHIPPEL par exemple (1955) a signalé dans la **thèque externe** des modifications de cellules qui prennent un aspect épithéloïde et sont comme « lutéinisées », ce qui n'est pas non plus admis par tous.

Tels sont les signes anatomiques habituellement décrits par la plupart des auteurs.

Cependant il convient d'ajouter que les avis ne sont pas unanimes, quant à la constance de ces signes, et donc à leur valeur pathognomonique :

1° **La sclérose de la corticale peut manquer** : c'est ainsi que W. P. PLATE, qui est un de ceux qui a le plus étudié l'anatomie de ce syndrome, rapporte une série de 98 cas de résections cunéiformes dont la plupart concernaient des états de « St. L. ».

Dans 48 cas, soit près de 50 % des observations, il n'y avait pas d'épaississement de la corticale, dans 27 cas elle était légèrement épaissie et 13 fois seulement l'épaississement était net.

LIMAGE dans ses 6 cas ne note que 2 épaississements nets de la corticale.

STEIN lui-même ne la note que 14 fois sur 21 cas.

RABINOVICZ, 60 fois sur 70.

2° Quant à l'**hyperthécose** elle est encore plus discutée. Si PLATE qui lui attribue une grande valeur dans son explication pathogénique (v. i.) la retrouve souvent, elle manquait 15 fois et était peu marquée 29 fois dans la série de 98 cas.

LIMAGE ne la signale qu'une fois sur 6 et NETTER déclare ne l'avoir retrouvé dans aucune de ses observations.

3° Un seul signe paraît indiscuté et constant c'est l'**absence d'ovulation**, et la critique des signes anatomiques rejoint ainsi la critique des signes cliniques :

Ce qui est sûr dans le syndrome de STEIN - LEVENTHAL, c'est qu'il s'agit d'un état pathologique d'**anovulation**, tous les autres éléments du syndrome étant contingents.

Cette anovulation et la couronne des symptômes anatomo-cliniques variés et variables qui l'entoure, à quoi sont-elles dues ?

EXPLORATIONS HORMONALES

Avant de vous parler des diverses tentatives d'explications pathogéniques, il convient de dire quelques mots des résultats des explorations hormonales sur lesquels se fondent, en partie, plusieurs des hy-

pothèses avancées. Nous verrons qu'ils sont très variables et ce sont précisément les nombreuses contradictions entre les résultats obtenus par les différents auteurs, qui « justifient » la variété de leurs thèses, et contribuent à rendre plus confus le problème du syndrome de STEIN - LEVENTHAL.

Biopsie de l'endomètre :

LIMAGE dans 6 cas, ne trouve aucune trace de lutéinisation de l'endomètre, avec parfois stimulation folliculaire prolongée et d'autres fois une carence œstrogénique.

NETTER dans 4 cas ne trouve qu'une fois une image d'endomètre de phase lutéale et une imprégnation œstrogénique très variable.

RABINOVICZ sur 30 biopsies trouve ordinairement un endomètre prolifératif, non sécrétant (carence progestéronique).

Tout cela cadre mal, en vérité, avec l'apparence de lutéinisation des cellules thécales, sur laquelle insistent certains auteurs.

Dosages des hormones :

a) D'ailleurs tous les dosages d'hormones ovariennes donnent, le plus généralement, des taux de **Pregnandiol urinaire** inférieurs aux taux normaux.

b) Et dans les cas où les œstrogènes ont été dosés, et avec toutes les réserves qu'impliquent l'imprécision relative de nos moyens habituels de dosage, il semble qu'il existe une **hypo-œstrogénie relative**.

NETTER fait remarquer justement que cette hypo-œstrogénie avec hypopregnandiolorie dans le syndrome de St. L. contraste avec l'hyperœstrogénie observée dans les autres « alutéinies » qui se traduisent cliniquement par des cycles légèrement prolongés, suivie de mémoragies.

c) **Quant aux gonadostimulines urinaires** leur taux varie aux environs des chiffres normaux.

d) **Le dosage des 17 céto-stéroïdes urinaires** a donné lieu à bien des discussions.

L'hirsutisme considéré d'abord comme signe essentiel laissait prévoir leur augmentation, et en fait c'est une légère élévation du taux des 17 céto-stéroïdes qui fut signalée dans les premières observations.

Rien de plus variable pourtant :

Si cette élévation, modérée du reste, a été assez souvent constatée, ce sont des chiffres normaux que l'on a obtenus dans la grande majorité des cas.

D'ailleurs, de même que l'hirsutisme, le taux des 17 céto-stéroïdes urinaires n'est généralement pas modifié par l'intervention, malgré la guérison de l'aménorrhée et de la stérilité.

On a cherché à pousser plus loin l'analyse des 17 céto-stéroïdes, par l'étude de leur fractionnement. Mais la lecture des résultats obtenus par les uns et les autres, ne laissent pas d'être décevants.

JAILER sur 27 cas trouve des chromatogrammes normaux.

Si certains trouvent une augmentation des fractions IV et V (d'origine gonadique), il n'est pas rare que les autres fractions, et en particulier, II et III ou VI et VII (d'origine surrénalienne) soient plus élevées.

En vérité, les résultats publiés ne sont pas encore assez nombreux, ni peut-être assez critiques, pour que l'on puisse tirer du fractionnement des 17 céto-stéroïdes, des conclusions décisives.

Et puis, on connaît maintenant bien des aménorrhées « hyperandrogéniques » qui s'accompagnent de stérilité et qui ne semblent pas devoir être incluses franchement dans le syndrome de St. L. Elles n'auraient pas les mêmes bases anatomiques, et cèdent au traitement cortisonique, ce qui n'est pas le cas dans le syndrome de St. L.

Mais nous sommes déjà sur un terrain-frontière où s'estompent vraiment les limites du sujet qui nous occupe : plus on avance, plus on a l'impression que les descriptions premières étaient trop tranchées. Entre les cas « purs » de St. L. et les cas qui n'en sont pas, il y a sûrement un certain nombre d'états inclassables, « d'ovarite scléro-kystique » commune, d'hyperandrogénie ovarienne, voire même d'hypercorticisme chronique à retentissement ovarien.

Ces formes limites qui désorientent le clinicien, ont du moins le mérite d'orienter les essais d'explications pathogéniques.

PATHOGENIE

1° Le rôle de la sclérose corticale.

La première opinion des inventeurs du syndrome, selon laquelle, la sclérose corticale empêcherait la déhiscence folliculaire et l'ovulation, n'est plus admise par personne.

Expérimentalement, WERTMAN (1955) et SCOTT (1956), badigeonnant des ovaires d'animaux par des produits chimiques, obtiennent un épaissement de la corticale qui n'empêche pas l'ovulation.

En clinique humaine, on connaît indiscutablement des « ovarites » à grosse coque chez des femmes fécondes et, de plus, la résection cunéiforme qui ne supprime pas la corticale guérit pourtant les malades.

FIXATEUR DE PROTÉINES

Androstanolone-Base

PROTONA

COMPRIMÉS

Amaigrissement-Anorexie
États dépressifs
Sénescence



Syndrome prémenstruel
Troubles préménopausiques
Méno-métrorragies

AMPOULES-SUPPOSITOIRES

STÉNANDIOL

25

50

Androstènediol-Dipropionate

NON VIRILISANT

23, RUE BALLU - PARIS IX^e

Et puis, n'avons-nous pas vu, que dans certains cas de St. L., il n'y avait pas de sclérose corticale ?

Tous ces faits atténuent grandement la signification de cette lésion qui ne serait pas le fait anatomique primitif.

PLATE faisait justement remarquer, que la sclérose était un phénomène secondaire et non congénital comme l'ont prétendu INGERSOLL et MAC DERMOTT (1950) : le syndrome de St L. survient en effet après une puberté plus ou moins normale et parfois chez des femmes ayant déjà été fécondes.

Enfin, DELARUE et GOUYCOU, analysant les tranches d'ovaires ré-séquées de 6 cas de St. L. ont observé des fines altérations microscopiques non seulement dans « l'albuginée », mais aussi dans le reste du stroma et autour des follicules. Ils pensent que la sclérose corticale ne serait alors que le terme ultime d'altérations très diverses de la substance fondamentale de l'ovaire.

2° Le rôle de l'hyperthécose.

Pour W. P. PLATE, l'hypertrophie de la thèque interne (et la lutéinisation des théques interne et externe), serait la cause essentielle du syndrome à sa période d'état. Mais il invoque un mécanisme bien complexe pour justifier sa conception.

L'hyperthécose serait secondaire à une production excessive de L. H. (hormone anté-hypophysaire lutéino-stimulante).

Expérimentalement, PLATE a pu obtenir de l'hyperthécose ovarienne par l'administration de fortes doses de gonadotrophine chorionique, et STAEMLER (1956) a vu apparaître chez 7 malades des ovaires du type St. L. après injection de gonadotrophine chorionique.

Pour PLATE, « si pour une raison quelconque (?) l'ovulation est rendue difficile, le lobe antérieur de l'hypophyse augmentera sa production d'hormone lutéinisante afin de provoquer cette ovulation. Cette hyperproduction d'hormone lutéinisante stimule la thèque interne et provoque l'hyperthécose... Puisque dans l'ovaire kystique l'ovulation est plus difficile, on assistera quand le processus dure suffisamment longtemps et quand l'hypophyse sera en mesure de produire plus d'hormone L. H., à l'apparition de l'hyperthécose ».

Ainsi le syndrome de St. L. ne serait qu'une forme particulière de dystrophie ovarienne polykystique, au cours de laquelle, un mode spécial de réaction hypophysaire déclencherait les lésions stables d'hyperthécose.

3° Le rôle de l'hypophyse.

Mais sur le mode de réaction de l'hypophyse les opinions sont très divergentes.

Si PLATE incrimine l'hypersécrétion de L. H., pour SELYE il y aurait une insuffisance de L. H. et pour augmenter la confusion, INGERSOLL et MAC DERMOTT invoquent une hypersection de F.S.H. Ajoutons que, L. H. n'étant pas dosable dans les urines et que dans nombre d'observations où les F.S.H. ont été dosées on a trouvé des chiffres normaux, aucune de ces hypothèses ne paraît fondée sur autre chose qu'une explication théorique.

Ainsi le rôle de l'hyperthécose, pas plus que celui de la sclérose corticale, ne paraît ni décisif ni certain :

— Rappelons-le, l'une ou l'autre de ces lésions peuvent manquer.

— Et même quand elles existent, les explications pathogéniques qui les invoquent, ne permettent pas de comprendre l'efficacité du traitement chirurgical (résection cunéiforme des ovaires) qui semble bien indépendante et de la sclérose et de l'hyperthécose.

PLATE lui-même signale que la résection cunéiforme qui semble agir plus nettement dans les cas avec hyperthécose, guérit pourtant 29 % des cas sans hyperthécose. On peut donc se demander avec lui, « si le rapport entre l'hyperthécose et le résultat de l'intervention est significatif ».

4° Rôle de l'androgénie.

A cause de l'hirsutisme, et de l'élévation des 17 céto-stéroïdes (bien qu'inconstante et modérée), on s'est posé la question du rôle des androgènes dans le développement du syndrome de St. L.

La première difficulté à résoudre était celle de l'origine de ces androgènes :

a) S'agit-il d'une androgénie d'origine ovarienne ?

Théoriquement cela est possible.

On sait bien, depuis les travaux de GAARENSTOOM et de JONGH (1946) et surtout KITTYONSE (1954-1955) que l'ovaire sécrète des androgènes :

— Existence de tumeurs virilisantes de l'ovaire (arrhénoblastomes).

— Présence dans le hile ovarien des cellules du type interstitiel à cristaux de Reinke.

— Présence de ce même type de cellules dans les couches thécales et péri-thécales.

Certains pensent qu'une certaine quantité d'androgène ou mieux, un rapport harmonieux androgène - œstrogène serait nécessaire à la maturation folliculaire et à l'ovulation.

Bien plus, on sait maintenant que dans le processus complexe de biosynthèse des œstrogènes par la thèque interne, il existe entre le point de départ (cholestérol) et le point d'arrivée (œstrone), une série de corps dits précœstrogènes parmi lesquels un androgène.

De tous ces faits on peut conclure, que dans les conditions pathologiques du syndrome de STEIN - LEVENTHAL, une hyperandrogénie ovarienne peut se produire, qu'elle soit due :

- à une sécrétion exagérée au niveau du hile ou au niveau de la thèque interne,
- ou à un trouble de la biosynthèse, bloquant celle-ci au stade pré-œstrogène.

L'augmentation du rapport androgène - œstrogène qui en résulte empêcherait alors, la maturation folliculaire et l'ovulation des lésions anatomiques essentielles de notre syndrome.

Tout cela ne serait pleinement satisfaisant que si l'androgénie était toujours d'origine ovarienne : or, nous l'avons vu, les fractionnements chromatographiques ont montré dans certaines observations une élévation des fractions d'androgènes d'origine surrénale.

b) Les lésions ovariennes seraient-elles alors secondaires à un trouble de la fonction cortico-surrénalienne ?

Nous ne disposons d'aucun examen anatomique de la surrénale au cours du syndrome de St. L. pour nous éclairer sur ce point. Et si on a pu observer (HAYDAR et coll.), l'association de ce syndrome avec un hypercorticisme, il s'agit de faits d'exception qui ne peuvent nous permettre d'en induire, qu'en général, dans le syndrome de St L., l'androgénie serait d'origine surrénale.

Ovarienne ou surrénalienne, il ne faut pas oublier qu'en tout état de cause cette androgénie n'est pas constante, que son rôle demeure très hypothétique comme celui des autres facteurs précités et donc, que nous sommes encore dans l'ignorance de la pathogénie, et encore plus de l'étiologie du syndrome de St. L.

TRAITEMENT

Ce que l'on sait du moins, c'est que la résection cunéiforme des ovaires guérit généralement les malades de leur spanioménorrhée et de leur stérilité.

C'est là, au fond, le caractère essentiel, celui qui paraît distinguer le syndrome de St. L. des autres dystrophies ovariennes.

Nos trois premières malades eurent leurs règles et une grossesse après avoir été opérées et la 4^e fut depuis, réglée normalement.

Notre modeste série de 4 cas confirme les résultats publiés par tous les auteurs.

Pourtant, il convient de préciser certains aspects de ce traitement chirurgical pour mieux en apprécier la valeur, les limites et la signification :

1° Soulignons tout d'abord que l'efficacité de la résection cunéiforme contraste avec l'échec habituel de tous les autres traitements hormonaux. Nous n'avons proposé l'intervention à nos malades que parce qu'elles avaient déjà subi sans résultat les thérapeutiques hormonales habituelles. Nous avons insisté plus haut sur cet aspect du syndrome de St. L. qui est presque pathogomonique.

2° La résection cunéiforme rétablit le cours du cycle menstruel dans les premières semaines qui suit l'intervention. Les cycles jusqu'à là monophasiques, deviennent diphasiques. L'ovulation se produit donc et la femme a ainsi toutes les chances d'être fécondées.

Ceci semble indiquer que malgré l'importance des lésions anatomiques, les désordres fonctionnels ne sont pas très profonds ni irréversibles. Tout se passe comme si les principales conditions de la maturation folliculaire et de l'ovulation existent, mais sont bloquées par un obstacle inapparent que lève brusquement l'intervention sur l'ovaire.

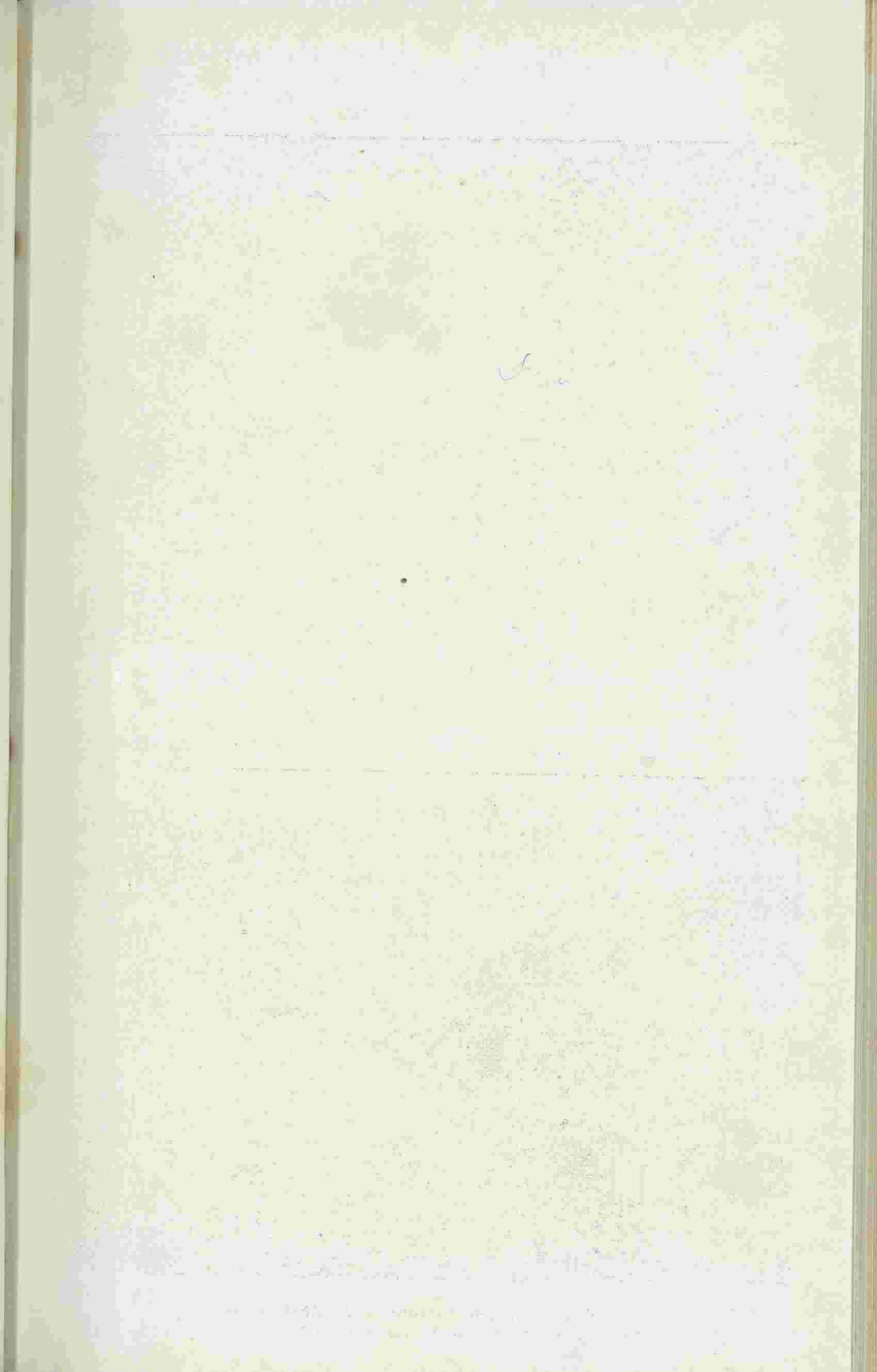
Cet obstacle n'est pas la sclérose de la corticale que la résection ne supprime pas.

Il n'est pas non plus l'hyperthécose puisque, nous le rappelons, l'opération guérit au moins 29 % des cas où celle-ci n'existe plus.

On peut même se demander si c'est la résection de l'ovaire qui agit. Récemment W. A. ALLEN a obtenu des guérisons en réséquant non pas une tranche en coin de l'ovaire, mais seulement la médullaire de la glande. Il pense que sa technique, respectant davantage les follicules, réduit moins l'activité œstrogénique de l'ovaire et que l'androgénie relative est ainsi mieux contrecarrée.

On peut se demander aussi, si l'une ou l'autre de ces techniques n'agissent pas par la simple section des nerfs de l'ovaire qu'elles impliquent toutes deux. L'effet de cette section nerveuse pourrait se comprendre si l'on faisait intervenir dans le fonctionnement de l'ovaire non pas seulement les sécrétions hormonales des follicules et leur harmonieux équilibre, mais aussi les fines inductions des terminaisons sympathiques que CHAMPY et COUJARD nous ont appris à connaître. Le syndrome de St. L. serait alors une « dysneurovarie » (ROMAN) et la thérapeutique chirurgicale ne tirerait son efficacité que de son action particulière sur les nerfs ovariens.

3° Enfin, une dernière remarque s'impose qui remet en question le rôle « spécifique » de la chirurgie ovarienne dans le syndrome de STEIN - LEVENTHAL.



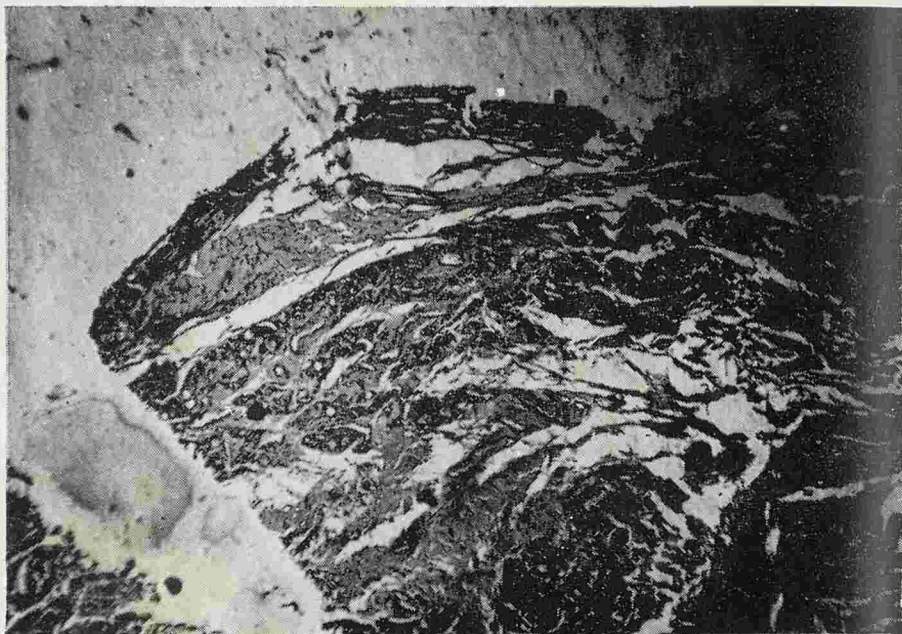


FIG. 3. — Parenchyme ovarien reconnaissable par son stroma et ses vaisseaux : rares follicules immatures (Obs. N^o 5)

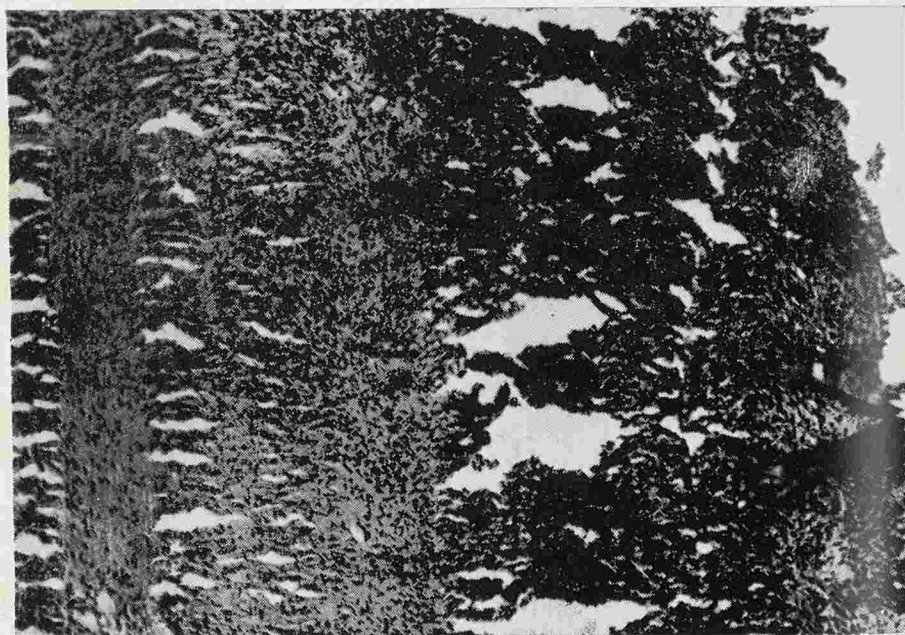


FIG. 4. — Stroma sarcomatoïde de l'ovaire. Pauvre en follicules immatures (Obs. N^o 6)

Il y a déjà longtemps que COTTE (1927) avait proposé la résection cunéiforme dans l' « ovarite scléro-kystique » et depuis, de nombreux succès ont été publiés, dans des cas qui ne présentent pas les signes « classiques » du syndrome de St. L.

Nous-même en avons fait l'expérience récemment à propos de ces 2 observations :

OBSERVATION N° 5

Madame D..., 23 ans. Stérilité primaire de 2 ans.

Puberté à 17 ans, après plusieurs traitements hormonaux entrepris à l'âge de 16 ans.

Depuis n'était réglée qu'après traitement.

Mariée à 19 ans elle eut de temps à autre une menstruation spontanée (2 à 3 fois par an) ou bien n'était réglée qu'après traitement hormonal.

Légère obésité.

Tendance à la pilosité mentonno-jugale; poils pubiens à limite supérieure triangulaire.

Légère hypotrophie utérine, mais à l'hystérogaphie, cavité utérine et trompes normales.

Biopsie d'endomètre : carence hormonale globale.

Dosage des œstrogènes : 3 g, 5 par 24 h. (en période d'aménorrhée).

Dosage des 17 céto-stéroïdes : 10 mg, 5 par 24 h.

Après 1 an de thérapeutiques diverses et inefficaces quant à la stérilité, mais efficaces quant à l'aménorrhée (Gonadotrophines, Cycle œstrogène, Progestérone, Radiothérapie hypophysio-ovarienne (méthode de Kaplan), nous avons proposé l'intervention : **Résection cunéiforme.**

Au cours de celle-ci (mai 1959), nous avons constaté que les 2 ovaires étaient de volume normal, à surface irrégulière, laissant voir par transparence quelques rares follicules.

Compte-rendu histologique :

Les fragments envoyés à l'examen sont constitués par du parenchyme ovarien revêtu d'une coque conjonctive fibreuse, peu épaisse.

Le stroma sarcomatoïde typique de l'ovaire est très dense et contient par place de rares follicules immatures.

Les vaisseaux sont peu nombreux.

On note également l'absence de cicatrice de corps jaune sur les fragments envoyés à l'examen.

En résumé : Il s'agit de fragments d'ovaires scléreux.

Ainsi, cliniquement, il pouvait à la rigueur s'agir d'un syndrome de Stein-Leventhal, encore que les troubles fonctionnels fussent primitifs et non secondaires à une puberté plus ou moins normale.

Mais l'examen histologique permet d'éliminer le diagnostic.

Pourtant le résultat de la résection cunéiforme fut indiscutable. **Retour régulier des menstruations du type diphásique** depuis plus d'un an. S'il n'y a pas eu de grossesse, c'est qu'un divorce intervient entre-temps.

OBSERVATION N° 6

Madame C. C..., 26 ans. Stérilité primaire de 2 ans.

Puberté à 15 ans, mais dès le début spanioménorrhée de 2 à 3 mois.

Pas d'obésité.

Système pileux normal du type féminin.

La courbe thermique prise pendant 3 mois, jusqu'à l'apparition de règles spontanées, a montré qu'il n'y avait pas de décalage pré-menstruel.

Utérus normal.

Biopsie d'endomètre en période pré-menstruelle : image du type « folliculinique », sans activité sécrétoire.

Dosage des 17 céto-stéroïdes urinaires : 9 mg, 8 par 24 h.

Après deux ans de thérapeutique hormonale, qui ne faisait que rétablir un écoulement menstruel artificiel, nous avons proposé la résection cunéiforme : les 2 ovaires étaient légèrement augmentés de volume, à surface normale, **irrégulière**.

Compte-rendu histologique :

Le fragment de parenchyme ovarien envoyé à l'examen contient de nombreux follicules presque kystiques.

En particulier, sur le fragment, on note la présence de 4 follicules de structure identique : contenu albumineux, couche granuleuse interne bien conservée, réaction fibreuse périphérique.

Sur tout le fragment de dehors d'une parcelle de cicatrice de corps jaune on ne trouve aucune trace de follicule immature.

Les vaisseaux sont nombreux et congestifs.

En résumé : Ovarite scléro-kystique.

Depuis l'intervention (datant de 8 mois) : Cycle menstruel spontané normal, diphasique. Pas encore de grossesse.

Ainsi dans 2 cas de dystrophie polykystique ovarienne qui ne présentaient pas les caractères anatomiques du syndrome St. L., la résection cunéiforme a rétabli un cycle ovarien normal.

Récemment PLATE (1957) conseillait d'étendre les indications de cette intervention, plus largement, à toutes les anomalies du cycle, à condition que la F.S.H. soit normale et l'endomètre prolifératif. Il aurait obtenu plus de 50 % de bons résultats. Ce qui revient à dire, que si la résection cunéiforme est plus efficace dans le syndrome de St. L., son efficacité n'est pas pour autant un signe distinctif, séparant cet état de toutes les autres dystrophies ovariennes.



Ainsi de progrès en progrès, de critique en critique, nous en arrivons, 25 ans après les premières publications de St. L., à nous demander si les limites du syndrome décrit par eux sont aussi nettes qu'ils voulaient bien le dire.

Ni les caractères anatomiques, ni les caractères cliniques, ni l'action du traitement chirurgical ne nous permettent d'isoler entièrement ce syndrome et la majorité des auteurs s'accordent pour le considérer plutôt, comme « une forme particulière... de l'ovaire scléro-kystique classique, avec lequel il partage, la spanioménorrhée, la stérilité possible, l'hypertrophie micro-kystique, la sclérose, enfin la possibilité de guérison par résection cunéiforme » (NETTER).

Infections Rhino Sinusiennes

ADULTES **BENZO DODECINIUM** 0.25%

ENFANTS **PROPIONATE de SODIUM** 2.50%

GOUTTES O.R.L. EN NEBULISEUR

LABORATOIRES **CHIBRET**

CLERMONT-FP

PARIS



TUNISIE. — Ets COHEN-JONATHAN : 55, A. de Londres — TUNIS

ANDROTARDYL-CESTRADIOL

(œnanthate de testostérone + valérianate d'œstradiol)

*traitement équilibré des troubles
de la*

Ménopause

l'injection mensuelle supprime :

les troubles neuro-végétatifs

les troubles psychiques

les troubles trophiques

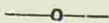
Littérature et échantillons :

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS
13, rue Miollis — PARIS (XV^e) — SUFren 54-94

TUNISIE — R. FALDINI : 6, Rue d'Avignon — TUNIS

Le Retentissement des Malformations Utérines sur la Grossesse et l'Accouchement

par les D^{rs} T. BENZINA-BENCHEIK et FR. NACCASCH



Les malformations utérines intéressent gynécologues et accoucheurs depuis bien longtemps. Ils en ont décrit sur pièces anatomiques toutes les variétés, des plus simples aux plus complexes, et il n'y a guère à ajouter aux classifications établies en 1863 par LE FORT, confirmées et complétées en 1924 par DAUPHIN et Bernard BUG.

On les connaît mieux cependant, depuis que l'hystérogaphie a permis d'en déceler un très grand nombre *in vivo*, qui sans l'exploration lipiodolée de la cavité utérine, auraient passé inaperçues.

On a pu ainsi préciser leur fréquence et surtout mettre en évidence le rôle qu'elles jouent parfois, mais pas toujours, en pathologie gravidique et obstétricale.

Enfin, ces dernières années, la possibilité de corriger chirurgicalement certaines d'entre elles, est venue donner plus de relief à ce chapitre, mineur sans doute, mais non dénué d'intérêt, de la pathologie génitale.

A propos de 35 observations très diverses, recueillies, soit à la Maternité de l'Hôpital Charles Nicolle, soit en clientèle privée, nous passerons une revue sommaire des différents problèmes diagnostiques et thérapeutiques que ces anomalies anatomiques peuvent poser aux accoucheurs.

EMBRYOLOGIE ET CLASSIFICATION

Un rappel rapide de l'embryologie de l'appareil génital féminin fera mieux comprendre aux lecteurs non spécialistes la variété des formes et la classification traditionnelle des malformations utérines.

Utérus, trompes et vagins, dérivent des 2 canaux de Müller qui apparaissent dès la 8^e semaine d'âge de l'embryon, comme une invagination de l'épithélium cœlomique.

De celui-ci part un cordon cellulaire qui se canalise, et progresse d'avant en arrière jusqu'au cloaque. Il est ouvert aux deux extrémités, en bas dans le conduit uro-génital, en haut dans le cœlome.

Puis les 2 canaux de Müller s'accollent à leur partie moyenne et inférieure et la résorption de leurs parois d'accollement déterminera la formation d'un seul utérus et d'un seul vagin.

Les parties supérieures des 2 canaux au contraire ne s'accollent pas, donnant naissance à 2 trompes.

Les malformations résulteront des anomalies d'évolution de ces processus embryologiques :

a) Parfois on observe une atrophie de l'un des canaux de Müller : du canal persistant naîtra un **hémi-utérus** ou **utérus unicorne**.

Cette anomalie s'accompagne souvent de malformations associées de l'arbre urinaire.

b) D'autres fois, les canaux ne se soudent pas : il existe alors deux utérus, avec 2 cols et 2 vagins, c'est l'**utérus didelphe**.

c) Si l'accollement est partiel, on observe, selon son étendue, toute une série d'anomalies intéressant le vagin ou l'utérus :

2 corps utérins et deux cols avec un seul vagin

ou 2 corps utérins, un seul col et un seul vagin :

utérus pseudo-didelphe.

d) D'autrefois encore, l'accollement des 2 canaux s'est réalisé, mais la résorption de la cloison d'accollement ne s'est pas produite, ou bien a été incomplète. Nous observons alors une autre série de malformations :

l'utérus bi-corne dont le fond est convexe en bas :
utérus arcuatus,

ou **l'utérus avec éperon médian : utérus septus**
quand la cloison persiste vers le haut,

ou encore **utérus unique avec 2 cols**

quand la cloison persiste vers le bas.

Il faut ajouter que bien souvent à l'une ou l'autre de ces malformations anatomiques de l'utérus, s'ajoutent des anomalies de structure des tissus (du myomètre par exemple) ou encore des anomalies associées, des trompes ou des ovaires, aggravant et peut-être conditionnant les troubles fonctionnels dont se plaignent ces malades : stérilité ou infertilité par exemple.

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

1° Aspects anatomiques.

Toutes les variétés précédemment décrites, sauf une (utérus unique à éperon inférieur) ont été observées dans la série de 35 cas que nous

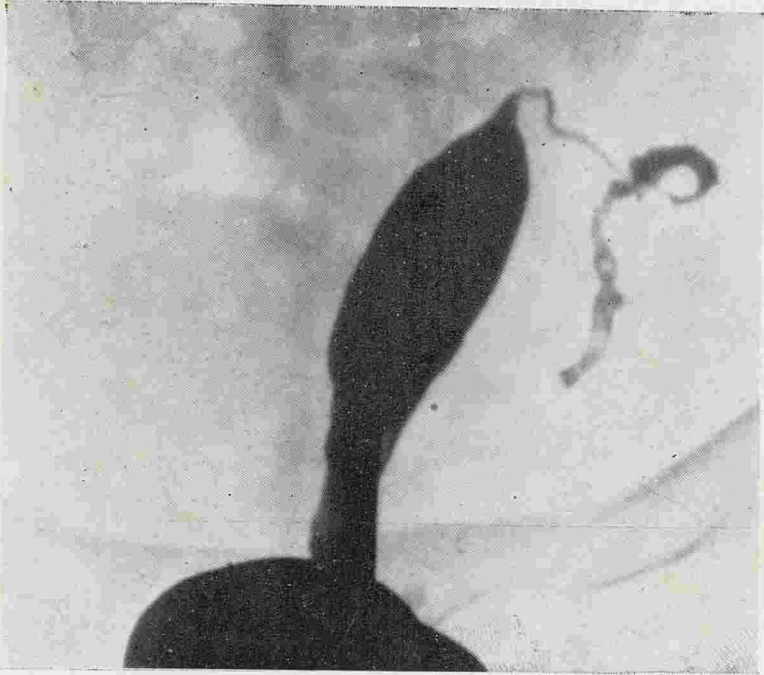


FIG. 1. — Utérus unicorne

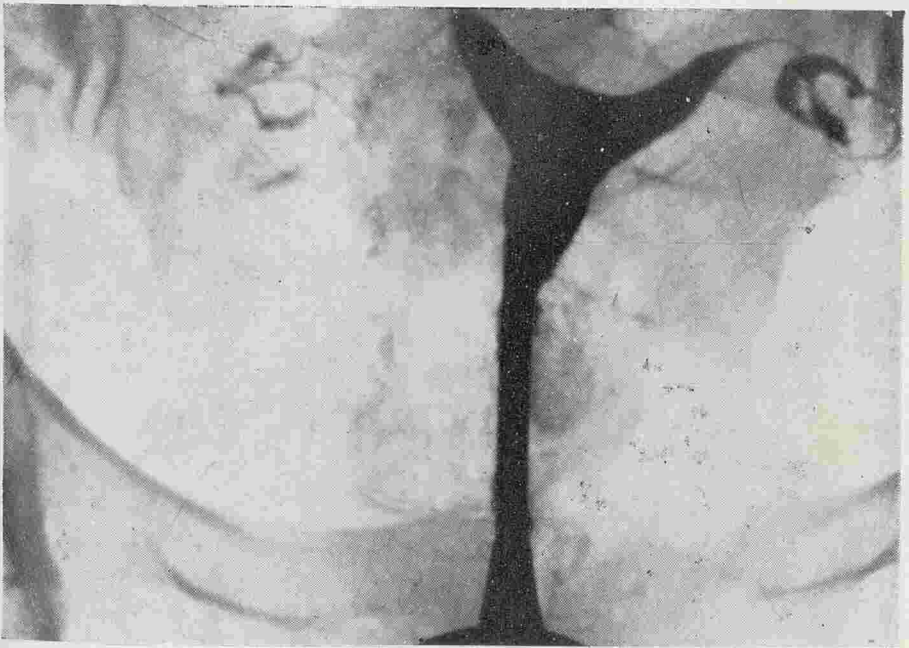


FIG. 2. — Utérus arcuatus

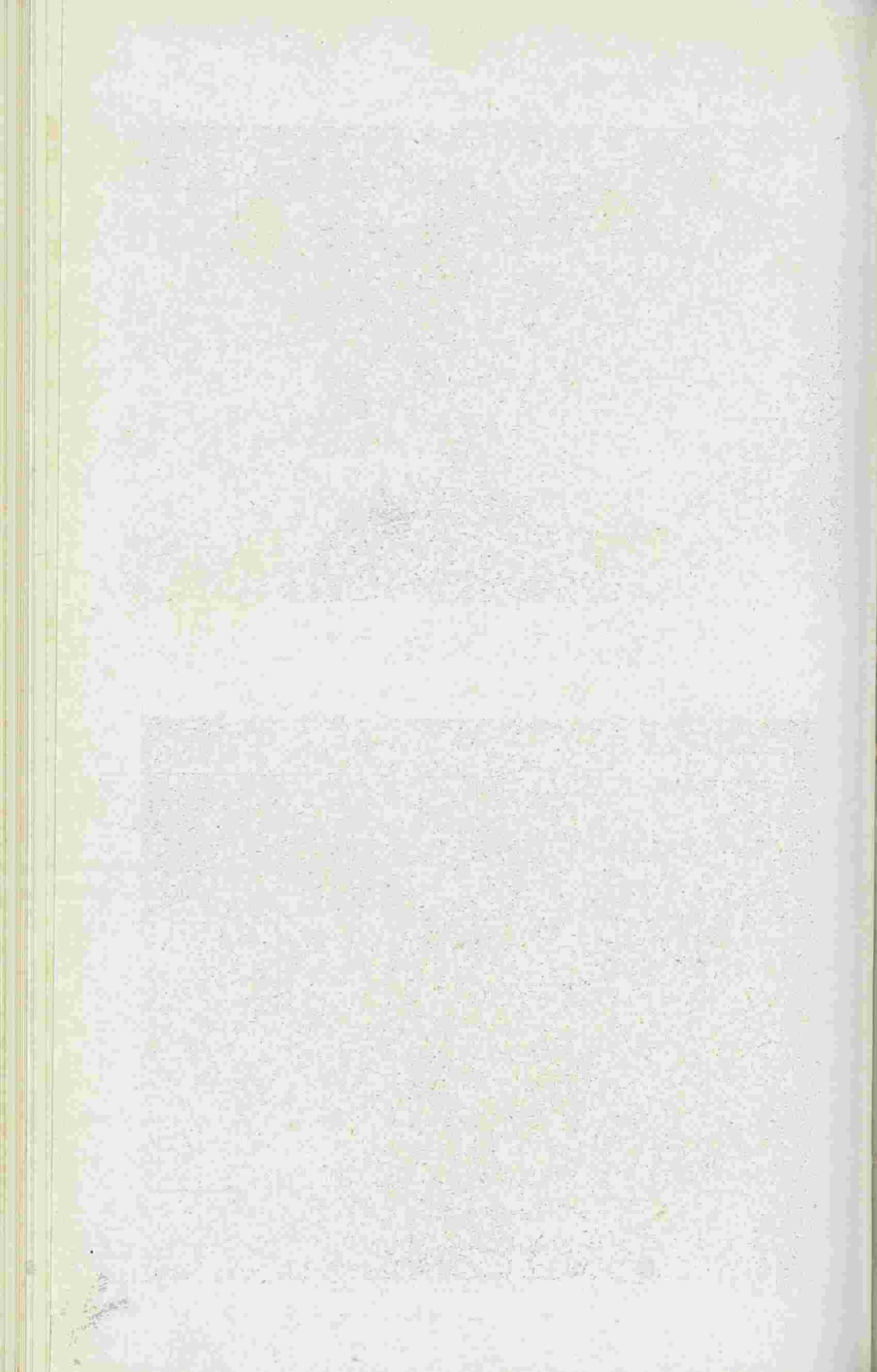




FIG. 3. — Utérus avec court éperon

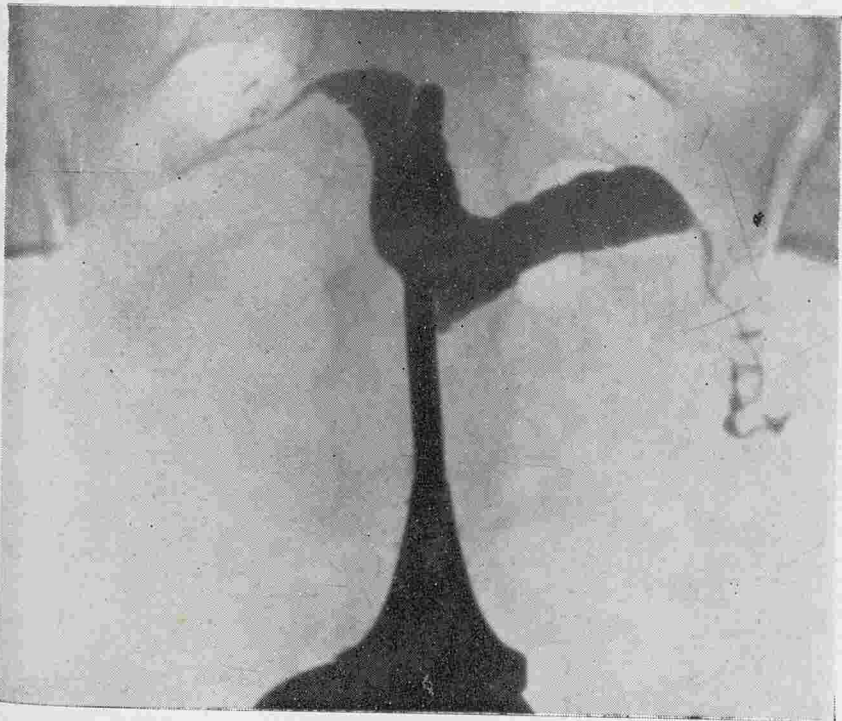


FIG. 4. — Utérus avec éperon plus long

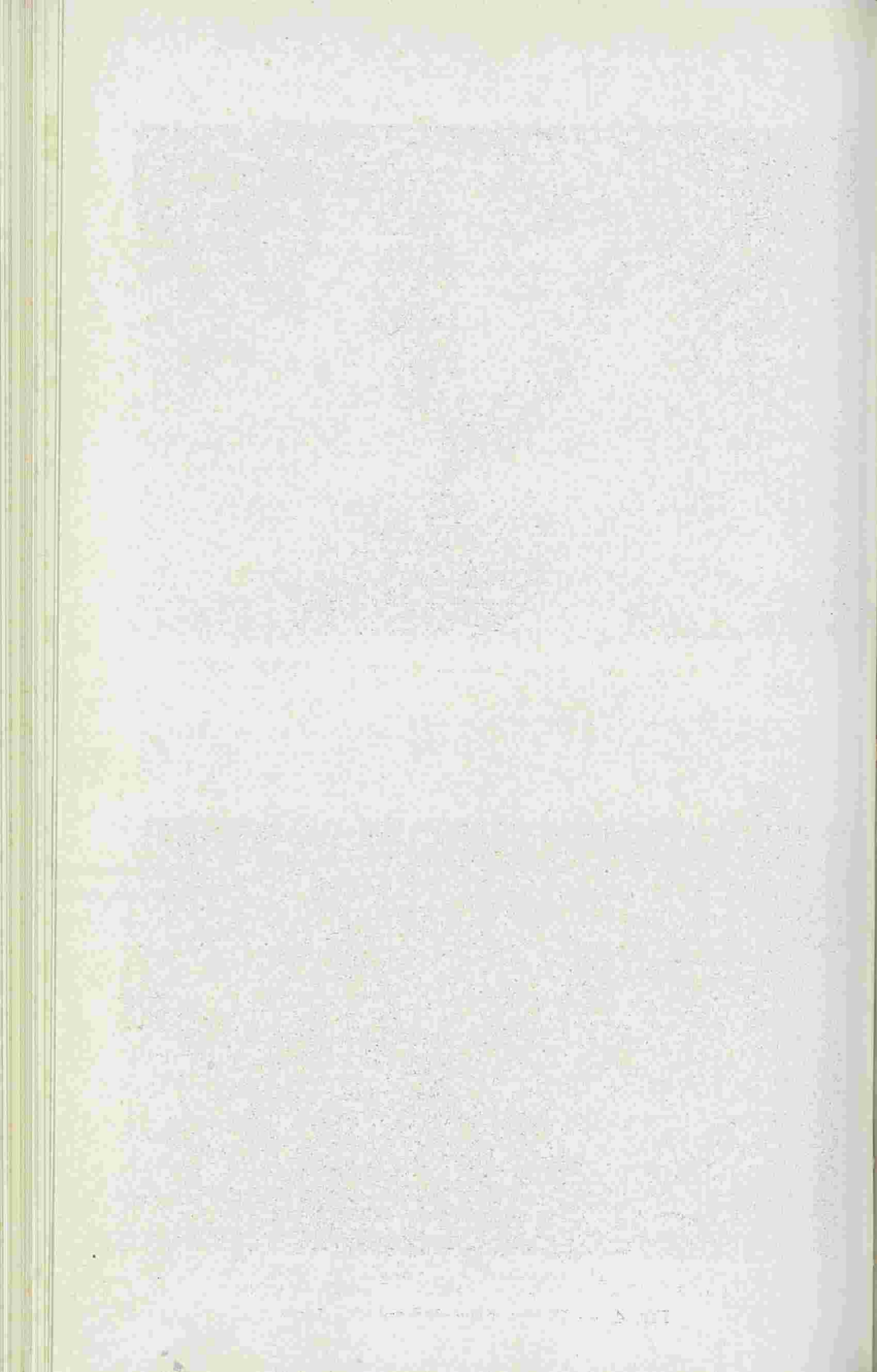




FIG. 5. — Utérus avec éperon arrivant presque à l'orifice interne



FIG. 6. — Utérus pseudo-didelphe : 2 corps et 1 col.
Cavités corporeales étroites.

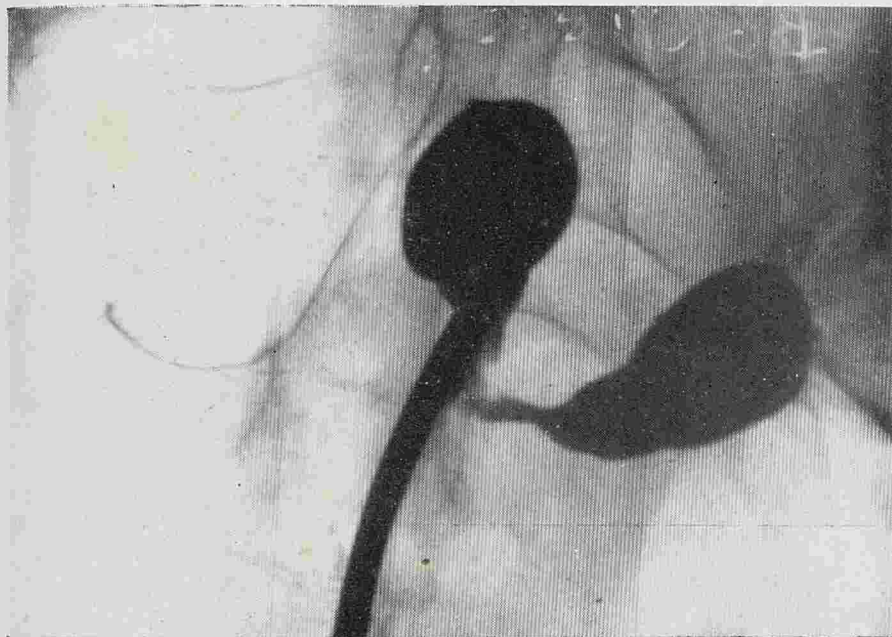


FIG. 7. -- Utérus pseudo-didelphe. Cavités corporeales globuleuses

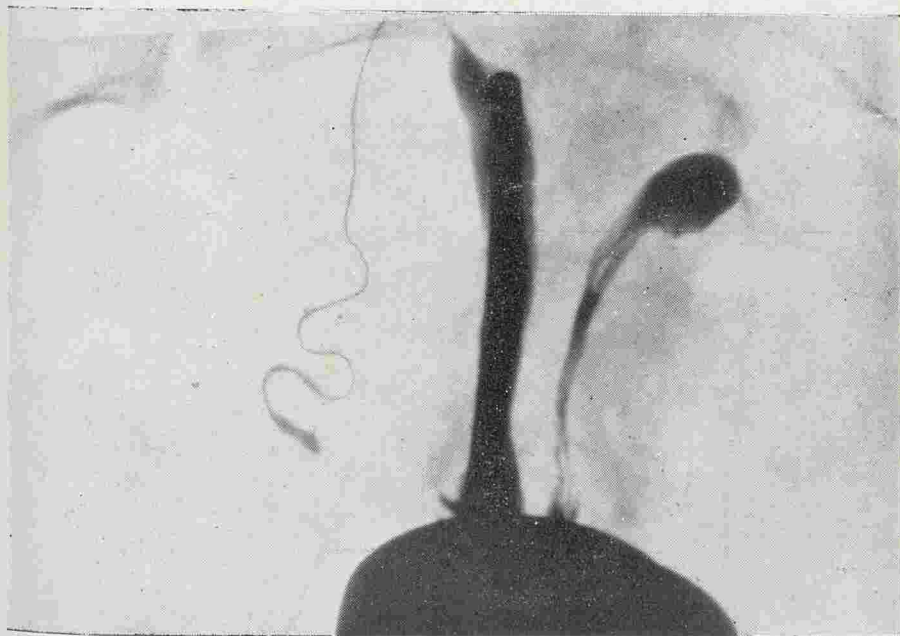
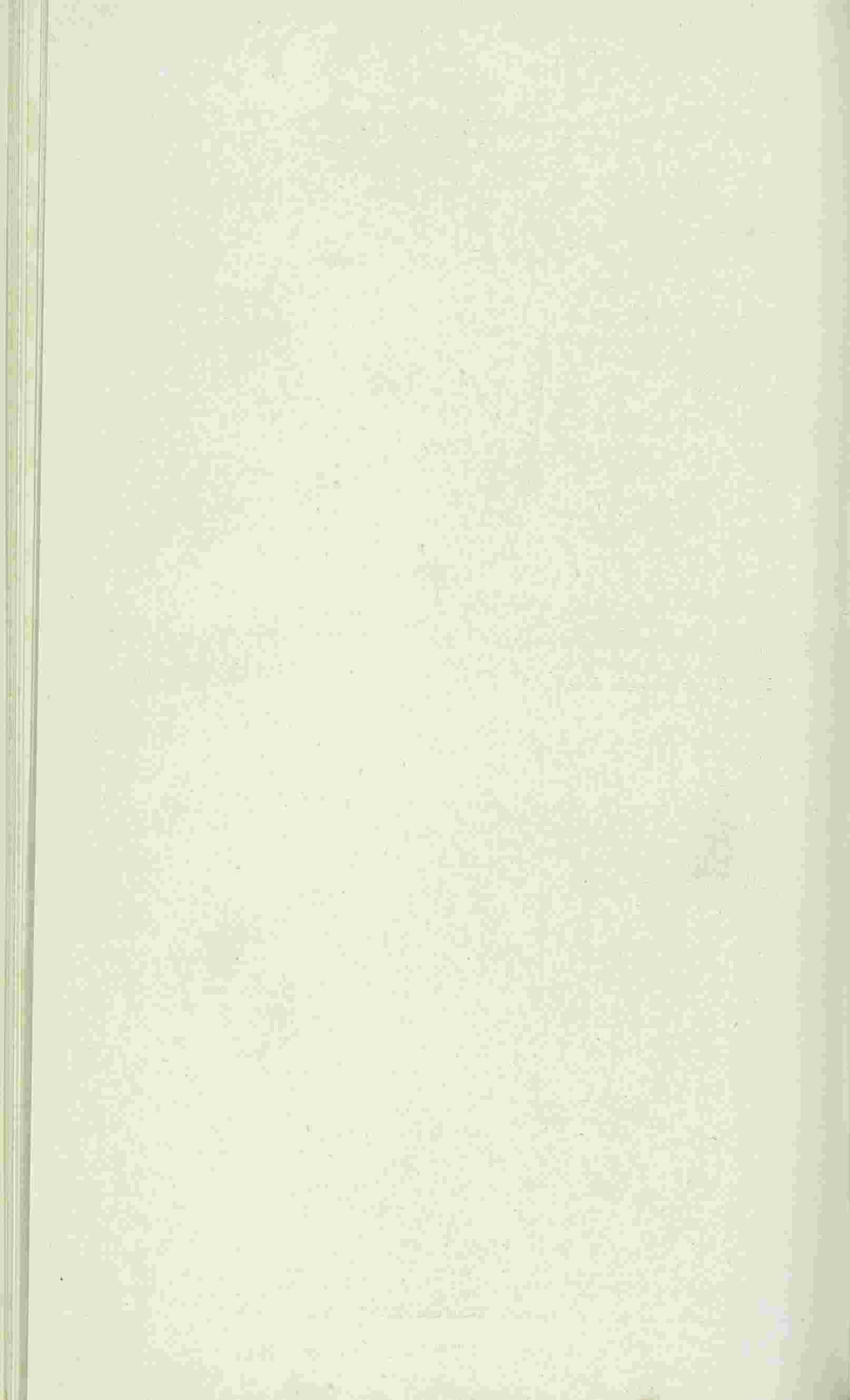


FIG. 8. — Utérus didelphe : 2 corps et 2 cols



vous présentons ici, depuis l'utérus unicorne avec une seule trompe jusqu'à l'utérus didelphe, en passant par toutes les formes intermédiaires :

Utérus pseudo-didelphe,
Utérus septus,
Utérus arcuatus.

Certaines d'entre elles ont été vues au cours d'interventions chirurgicales.

D'autres ont été mises en évidence par l'hystérogaphie au lipiodol.

Nous reproduisons ci-contre une suite de 8 clichés qui montrent bien les différents degrés de malformations utérines les plus fréquemment rencontrées.

Dans l'ensemble et par ordre de fréquence nous avons noté :

Utérus didelphe	9
Utérus septus	9
Utérus unicorne	8
Utérus bicorne	6
Utérus pseudo-didelphe	3

Signalons que parmi les utérus didelphes, certains avaient 2 vagins séparés par une cloison plus ou moins complète (5 cas),

- d'autres ne comportaient qu'un seul vagin où s'ouvriraient les 2 cols (2 cas),
- dans 2 autres cas enfin, l'un des vagins était fermé à la vulve (borgne externe).

2° Aspects cliniques.

Dans quelles circonstances ont été reconnues ces malformations ? Répondre à cette question, c'est énumérer les différentes incidences de cas anomalies en pathologie génitale :

- 1° Stérilité;
- 2° Infertilité : avortements ou accouchements prématurés à répétitions;
- 3° Complications au cours de la grossesse : crises douloureuses;
- 4° Complications au cours du travail : anomalie de la présentation ou de la dilatation;
- 5° Complications au cours de la délivrance : hémorragies.

STERILITE

Sur 35 malades, il y avait 2 jeunes filles.

Chez les **33 femmes** nous avons relevé : **17 cas de stérilité primaire**, soit près de la moitié des cas.

Les stérilités ont été observées plus souvent quand l'utérus était **unicorné** (6 sur 8) ou **bicorné** (6 sur 6) que lorsqu'il était **double** (**didelphe** ou **pseudo-didelphe**) ou **septus** (5 sur 19).

Utérus unicorné. — La stérilité peut se comprendre facilement si l'on se rappelle en particulier que l'utérus unicorné n'est qu'un hémio-utérus. L'autre est inexistant ou réduit à un résidu minuscule. On conçoit que l'hémi-utérus persistant n'a pas échappé entièrement au processus atrophique : il est généralement hypoplasié lui, sa trompe et son ovaire.

C'est sans doute l'hypoplasie génitale associée ou l'état de la trompe qui, plus que l'anomalie utérine elle-même, est la cause véritable de la stérilité chez ces femmes.

Nous en avons la preuve dans nos explorations hystérosalpingographiques qui sur 8 cas d'hémi-utérus, ont décelé une obturation tubaire dans 6 cas.

Il suffit parfois de réduire cette obstruction tubaire pour guérir la stérilité, malgré la persistance de l'anomalie utérine. Nous en avons observé un exemple tout à fait caractéristique :

Obs. N° 1. — Madame X..., âgée de 32 ans.

Consulte l'un de nous en 1956 pour stérilité primaire de 7 ans. L'hystéroggraphie pratiquée alors montre un **utérus unicorné avec une seule trompe (gauche) non perméable**. Ce diagnostic fut confirmé par une cœlioscopie. La femme désireuse d'avoir des enfants accepte d'être opérée. On pratique donc en 1956 une implantation tubo-utérine. En 1958, toujours pas de grossesse : une hystéroggraphie montre la perméabilité de la trompe existante. **Et en 1959 survient une grossesse qui évolue à terme.**

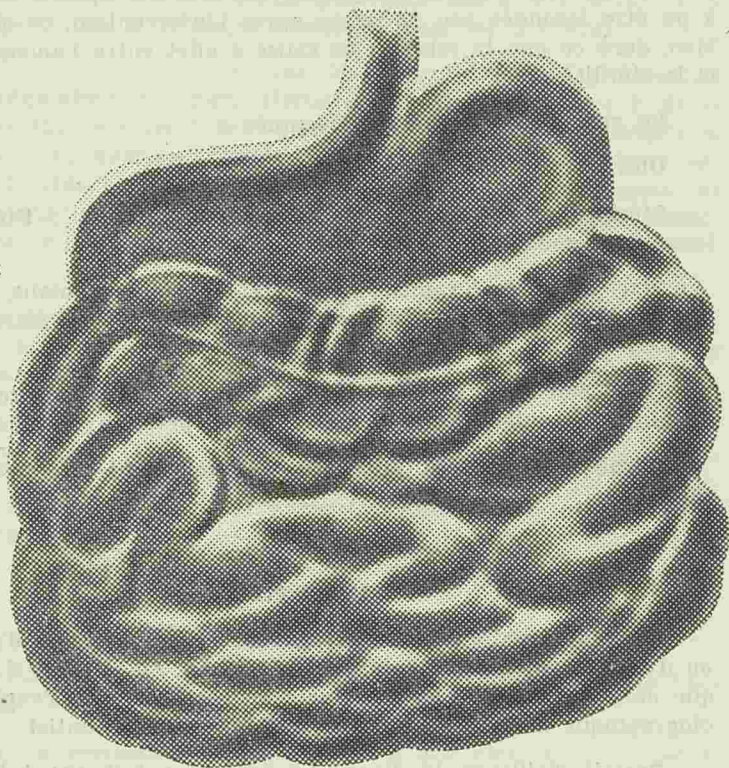
Utérus double. — La cause de la stérilité est moins facile à comprendre quand il s'agit d'utérus à cavité corporeale plus ou moins dédoublée (de l'utérus arcuatus à l'utérus didelphe).

Avant d'attribuer à l'anomalie congénitale l'absence de fécondation, il faut avoir éliminé toutes les autres causes possibles de stérilité et dans notre enquête nous avons pu ainsi, sur 11 cas de stérilité avec cavité plus ou moins dédoublée, déceler : 1 cas d'azoospermie et 7 cas d'imperméabilité tubaire.

De sorte que la malformation n'entraîne en ligne de compte, avec une certaine probabilité, que dans **3 cas**.



ISSY-LES-MOULINEAUX



La Technique Publitata

ENTEROSPASMYL

1 nouveau
granulé (sans mucilage)

2 classiques
mucilagineux
mucilagineux SRB

= 3 formes

EM n. de 3 - 7 - AS
EMub " 7 - AS et AMG
E. gran " 4 AS

Il s'agissait d'utérus à éperons qui ont été opérés. L'une d'elles a pu être fécondée peu de temps après l'intervention, ce qui confirme bien, dans ce cas, la relation de cause à effet entre l'anomalie utérine et la stérilité.

En voici l'observation très résumée :

Obs. N° 2. — Madame M. Let. M..., 23 ans.

Stérilité primaire de 4 ans. A l'hystérogaphie : **Utérus septus**, trompes perméables.

Tous les autres examens ne révélant aucune anomalie, on propose une intervention qui fut acceptée. On pratique le 8 mars 1960, une ablation de l'éperon par la méthode de Strassmann.

Le 30 mai 1960 : hystérogaphie de contrôle qui montre une cavité de forme irrégulière vers le fond, mais l'éperon n'est plus visible.

Dernières règles, fin juin 1960 : **Actuellement grossesse en évolution.**

INFERTILITE

Les malformations utérines peuvent être à l'origine d'**avortements** ou d'**accouchements prématurés à répétition**. Le fait est si bien établi, que dans la recherche de l'étiologie de ces accidents, l'exploration radiographique de la cavité utérine est un temps essentiel.

Parfois d'ailleurs, le diagnostic peut être fait avant l'hystérogaphie, et il nous est arrivé au cours d'un curetage, de sentir « à la curette », un éperon divisant plus ou moins la cavité utérine.

Dans notre série d'observations nous avons noté 3 cas d'infertilité à répétition chez des femmes présentant des utérus septus.

En voici un tout à fait caractéristique :

Obs. N° 3. — Madame G. L..., 38 ans. 4 grossesses, toutes terminées avant terme, de 6 à 8 mois. Aucun enfant vivant

B. W. = 0.

RH = +.

Glycémie normale.

A l'examen : **Utérus didelphe**, avec courte cloison vaginale.

L'anomalie avait été méconnue jusque-là !

Actuellement grossesse de 5 mois.

A noter que le col de l'utérus gravide n'est pas béant : la béance aurait pu être associée à la malformation du corps et être à elle seule la cause des accouchements prématurés.

Il n'est pas question de faire quoi que ce soit pendant cette grossesse, mais si de nouveau elle ne parvenait pas à son terme, il y aurait peut-être lieu d'envisager l'ablation d'un des 2 utérus.

A quoi sont dues, dans ces cas, les interruptions de grossesse ? Mauvaise ampliation de l'hémi-utérus où se développe l'œuf ? Nidation vicieuse sur l'éperon ? Peut-être encore, aux lésions anatomiques susceptibles d'expliquer les avortements, s'ajoutent-ils des troubles endocriniens troublant l'évolution des grossesses ? Peut-être aussi, et LACOMME insistait justement sur ce point récemment, faut-il incriminer une béance congénitale de l'isthme associée à la malformation du corps ?

En tout état de cause, on aurait tort de se contenter de la seule explication anatomique concernant la cavité utérine et de négliger toutes les autres étiologies possibles d'avortements ou d'accouchements prématurés à répétition.

Les explorations plus complètes, permettront de restreindre les indications chirurgicales visant au rétablissement d'une cavité normale dont les résultats ne nous semblent pas aussi spectaculaires qu'on le dit habituellement.

LES COMPLICATIONS OBSTETRIQUES

On peut les observer en cours de grossesse du travail ou de l'accouchement.

Pendant la grossesse, les seuls troubles que nous ayons observés ont été des phénomènes douloureux survenant généralement au premier tiers de la grossesse, chez des femmes enceintes, ayant 2 corps utérins.

Ces douleurs, d'apparitions assez brutales, et d'évolution aiguë ont occasionné des erreurs de diagnostic, parce que l'anomalie utérine n'était pas connue.

Dans 4 cas de crises douloureuses :

2 fois on a pensé à une grossesse extra-utérine non rompue parce qu'il y avait en plus, retard de règles et métrorragies;

1 fois à une torsion de kyste de l'ovaire avec grossesse;

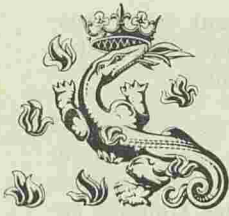
1 fois à un fibrome pédiculé avec grossesse;

et, à l'intervention, on a reconnu l'anomalie utérine.

A quoi sont dues ces crises douloureuses aiguës ?

a) Dans un cas, la cause était évidente : l'utérus non gravide, pris pour un kyste de l'ovaire tordu, chez une femme enceinte de 4 mois, était tordu sur son axe.

Le couronnement de la corticothérapie anti-inflammatoire



DÉCADRON

comprimés à 0,1 et 0,5 mg

- plus rapidement efficace,
- plus facilement maniable,
- mieux supporté,

à des doses 5 à 10 fois moindres que la prednisonne.

DÉCADRON (normal), boîte de 40 comprimés à 0,5 mg (P. cl. 29)

DÉCADRON dosage FAIBLE boîte de 40 comprimés à 0,1 mg (P. cl. 6)

3.000 fois plus soluble que l'hydrocortisone

SOLU DÉCADRON

injectable

Sel disodique du 21 ester monophosphorique d'hexadécadrol

- effet thérapeutique immédiat,
- parfaite tolérance, injection indolore,
- une seule présentation prête à l'emploi,

pour les urgences ou les traitements locaux.

boîte de 3 amp. de 1 cm³ contenant 4 mg de phosphate d'hexadécadrol (P. cl. 28)

toutes les indications de la corticothérapie en dermatologie

SOLU DÉCADRON

crème

- principe actif anti-inflammatoire, anti-allergique, anti-exsudatif, anti-prurigineux, totalement soluble;
- excipient de parfaite tolérance.

Tube de 5 g de crème dosée à 1‰ d'hexadécadrol (P. cl. 9)

Dd-SDdc-SDd-i-34



Agréés par la Sécurité Sociale et les Collectivités

Il s'agissait d'un utérus pseudo-didelphe (2 corps — 1 col).

L'ablation de l'utérus tordu non gravide, n'a heureusement pas empêché la grossesse d'évoluer jusqu'à terme (obs. n° 4).

b) Dans un autre cas, on fit le diagnostic de torsion de fibrome pédiculé chez une femme enceinte de 2 mois.

Il y avait en réalité un **utérus didelphe**, l'utérus non gravide était sain, mais flanqué d'un pyosalpinx tendu, cause probable de la douleur aiguë.

On pratiqua l'ablation du pyosalpinx en conservant les 2 utérus, la grossesse a évolué jusqu'à terme (obs. n° 5).

c) Dans les 2 autres cas, pris pour des grossesses extra-utérines parce que la femme présentait outre les douleurs : retard de règles, métrorragies « distillantes » et masse latérale, l'intervention redressa le diagnostic.

Mais l'utérus non gravide était sain, non comprimé et la cause de la crise douloureuse ne put être mise en évidence (obs. nos 6 et 7).

Pendant le travail. — 1° Une première remarque doit être faite :

Quand une femme présentant un utérus didelphe, entre en travail, les 2 cols se dilatent simultanément, au moins pendant la première phase de la dilatation.

Ce qui confirme la notion bien établie que la contraction utérine seule, intervient pour ouvrir le col, à l'exclusion de toute action de distension par la présentation ou la poche des eaux.

Au cours de la deuxième phase de la dilatation, l'engagement de la présentation refoule le col non gravide vers le haut, et on ne le sent plus au toucher.

C'est ce que nous avons très nettement noté au cours de 5 accouchements chez 3 femmes ayant un utérus didelphe.

2° Dans 3 autres cas, le travail fut compliqué par la situation « **prævia** » de l'utérus non gravide, ce qui nous a contraints à pratiquer une césarienne (obs. nos 8, 9, 10).

3° Enfin, dans un cas d'utérus unicorne, la césarienne fut pratiquée pour anomalie de la dilatation qui n'avancait pas, malgré des contractions très rapprochées (obs. n° 1 précitée).

4° Quant aux anomalies de la présentation sur lesquels les auteurs insistent habituellement, elles ne nous ont pas parues particulièrement fréquentes chez nos malades (2 présentations du siège sur tous les accouchements recensés). Elles existent pourtant et l'on est en droit de soupçonner une anomalie utérine chaque fois que l'on observe

des présentations anormales à répétition, ou encore, des présentations obliques inexplicables autrement (LACOMME).

Pendant la délivrance. — Les hémorragies graves dans les utérus à éperons ont été fréquemment signalées.

Dans un cas, communiqué par le Dr UZER, c'est au cours d'une délivrance artificielle pour hémorragie incœrcible que l'éperon fut reconnu. Le placenta s'y insérait, très adhérent, et malgré les ocytociques, l'hémorragie a persisté longtemps, très inquiétante, nécessitant un tamponnement utérin (obs. n° 11).

LES UTERUS DIDELPHES AVEC VAGIN

« BORGNE EXTERNE »

Nous avons rencontré 2 cas de ce type dont nous résumons les observations :

Obs. N° 12. — Madame T... Examinée la première fois en 1939, dysménorrhée à l'âge de 15 ans.

A l'examen : tuméfaction abdomo-pelvienne remontant à l'ombilic.

Diagnostic : kyste de l'ovaire.

A l'intervention on s'aperçut qu'il s'agissait d'un double utérus : celui de droite était de volume normal, le gauche distendu, ainsi que la trompe gauche, par une énorme quantité de sang non coagulé, noirâtre.

On ponctionne l'utérus et la trompe et après leur évacuation complète, on referme.

Dans les mois suivants, règles aussi douloureuses, et l'utérus gauche grossit à nouveau. On sent alors nettement une tuméfaction latéro-vaginale gauche.

On pense qu'il s'agit d'un utérus didelphe, avec 2 vagins, le vagin gauche n'étant pas ouvert à la vulve.

Il y avait donc, en réalité, hémato-métrie et hémato-colpos de ce côté.

Avec l'autorisation de la famille, on déflore la jeune fille et on incise le bord latéral du seul vagin apparent : il s'en écoule un sang noirâtre. On complète l'incision en enlevant complètement la face latérale gauche du vagin qui était en réalité une cloison séparant 2 vagins : l'un ouvert à la vulve (le droit), l'autre borgne externe. On aperçoit alors le deuxième col, celui de l'utérus gauche.

Suites opératoires sans incident.

Depuis cette jeune fille s'est mariée et accoucha 2 fois normalement.

Obs. N° 13. — Madame M. Marie-José, 20 ans. Mariée depuis 7 mois.

Dysménorrhée depuis la puberté (16 ans).

On sent une tuméfaction latéro-utérine gauche remontant à mi-distance entre le pubis et l'ombilic.

Diagnostic : kyste de l'ovaire.

A l'intervention (mars 1960) on a trouvé les mêmes anomalies que dans l'observation précédente.

On ponctionne l'utérus et la trompe gauche distendus, et on pratique, immédiatement après la fermeture de la paroi abdominale, la résection de la face latérale gauche du vagin, d'où s'écoule du sang noirâtre.

Il y avait dans ce cas, comme dans l'autre : **utérus didelphe avec un vagin ouvert à la vulve et un autre borgne externe, avec hématométrie et hémato-colpos du même côté.**

Ces observations rares méritent d'être connues.

Nous en avons noté de semblables dans quelques communications récentes : pourtant les auteurs signalent que l'un des 2 utérus était borgne externe par fermeture du col, alors que chez nos deux malades, c'est le vagin d'un côté qui était borgne externe, les 2 cols étant perméables.

CONDUITE A TENIR

Quelle attitude adopter en cas d'anomalie utérine ?

Dans certains cas, l'abstention est préférable ou obligatoire.

Dans d'autres, on peut corriger la malformation ou traiter les complications qu'elle occasionne.

1° **Que faire par exemple en cas d'utérus unicorne** : Nous n'avons aucun moyen de remédier à la malformation elle-même et nous n'interviendrons que :

a) **Si la femme est stérile et qu'il y a obturation tubaire.**

C'est ce que nous avons fait avec succès dans l'obs. n° 1.

b) **Si l'anomalie utérine s'accompagne d'anomalies de la présentation ou de la dilatation** : la césarienne s'impose.

2° En cas d'utérus septus :

a) L'intervention n'est autorisée que si des avortements ou des accouchements prématurés se reproduisent sans autre cause décelable (avortement ou accouchement prématuré à répétition). Nous rappelons la nécessité de rechercher alors méthodiquement une béance de l'isthme associée.

b) Ou en cas de stérilité, si aucun autre obstacle à la fécondation ne peut être mis en évidence.

Les opérations du type « Strassmann » sont les plus couramment pratiquées avec certaines chances de succès.

L'observation n° 2 en est un exemple heureux. Mais combien d'échecs ? Ils ne sont pas toujours signalés, et la série heureuse de Strassmann, reste exceptionnelle.

Notons que d'autres préfèrent avec PALMER, réséquer l'éperon entre 2 pinces par voie vaginale. Cette pratique nous paraît en effet plus simple et tout aussi « efficace ».

c) Si la stérilité paraît liée à des causes multiples, en particulier à un cloisonnement utérin et à une sténose tubaire, on est en droit d'opérer les 2 lésions simultanément. C'est ce que nous avons fait avec succès chez une de nos malades, stérile depuis 6 ans. Nous avons pratiqué chez elle en février 1960 :

- un « strassmann » pour enlever un éperon important (fig. 5),
- et une salpingostomie unilatérale (l'autre trompe était entièrement obturée sur toute sa longueur). (Obs. N° 14).

Actuellement la femme est enceinte de 3 mois.

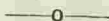
3° Enfin, en cas d'utérus double **didelphe** ou **pseudo-didelphe**, il faut conserver les 2 utérus tant que leur co-présence n'est pas cause de complications.

Dans notre série, nous n'avons enlevé l'un des 2 utérus que lorsqu'il était tordu (obs. n° 4) ou praevia (obs. nos 8, 9, 10).

Dans tous les autres cas opérés nous l'avons conservé. Cela n'a pas empêché ni les grossesses d'évoluer quand la femme était enceinte, ni de survenir quand elle ne l'était pas encore (obs. nos 5, 6, 7, 10, 13).

L'AVENIR OBSTÉTRICAL DES FEMMES ANTÉRIEUREMENT CÉSARISÉES

par les D^{ES} VALENSI et KARAKO



Une femme déjà césarisée a-t-elle des chances d'accoucher par les voies naturelles ?

Vers l'an 1500, un barbier vétérinaire suisse, Jacques NUFER, voyant que sa femme, primipare, ne parvenait pas à accoucher malgré d'atroces douleurs, après avoir obtenu l'autorisation du bailli de son village « ...retourne promptement à son logis, étend sa femme sur une table, et d'un rasoir tranchant, lui fait une incision au ventre, si heureusement, que soudain l'enfant fut tiré sans dommage ni offense de la mère, ni de son petit. La plaie cousue se souda en peu de jours, sans fièvre ni fâcheux accident quelconque à l'accouchée, qui, puis après, fit d'une ventrée deux fils... et, par la suite, accoucha de quatre autres enfants. »

C'est du moins ce qu'un mémorialiste du XVII^e siècle, Simon GAULART, nous rapporte d'après le « *Traité de l'Enfantement Césarien* » de F. ROUSSET.

Le sujet dont nous nous occuperons ici n'est donc pas nouveau, mais il intéresse aux accoucheurs avec une fréquence accrue à mesure que s'étendent, abusivement sans doute, les indications des hystérotomies.

Théoriquement, le problème pourrait se poser en ces termes :

1^o Si la dystocie, qui a conduit l'accoucheur à pratiquer une première césarienne, est permanente (bassin rétréci, par exemple), la femme risque fort de subir une ou deux césariennes itératives, à moins de mettre au monde un enfant moins volumineux.

2^o Si la dystocie est « accidentelle » (placenta prævia, éclampsie, anomalie de la présentation) et ne se reproduit pas ultérieurement, il y a bien des chances pour que l'accouchement suivant se termine par les voies naturelles...

3^o ...A la condition toutefois :

- que la cicatrice utérine ne gêne pas la dilatation;
- qu'elle résiste aux contractions utérines et ne se rompe pas..

4^o Les risques de déhiscence de la cicatrice de la césarienne hantent à juste raison l'esprit de l'accoucheur : il doit donc orienter sa

Taractan

(Ro 4 - 0403)

Roche

UNE FORMULE NOUVELLE

Première application thérapeutique des propriétés
des *THIOXANTHÈNES*

UNE PLACE ORIGINALE
parmi les neuroplégiques

et les tranquillisants

INDICATIONS

Etats maniaques

Etats dépressifs

Angoisse

Etats aigus d'agitation, d'excitation,
de délire hallucinatoire

Troubles caractériels

des épileptiques
des inadaptés
des dégénérés

Anxiété, hyperémotivité

Tension nerveuse

Inquiétude

Tendances phobiques et
hypocondriaques.

ACTION ELECTIVE D'EQUILIBRATION DE L'HUMEUR
quel que soit le sens de la perturbation

ACTION ANXIOLYTIQUE

ACTION PSYCHOSÉDATIVE PUISSANTE
d'installation rapide

GRANDE MANIABILITÉ ..

- Pas de syndrome extra-pyramidal
- Pas de danger d'évolution vers l'excitation psychique
- Action hypotensive faible

POSOLOGIE

Cas psychiatriques aigus traitement d'attaque	Voie I. M. 60 à 150 mg/j en 3 ou 4 inject.
Etats de gravité moyenne traitement d'entretien	Voie I.M. 30 à 60 mg/j Per os 60 à 150 mg
Cas de "petite psychiatrie" Affections psychoso- matiques	Per os doses progressives 15 à 60 mg/j

Ampoules dosées à 15 mg pour injections I. M.

Boîtes de 6 - Prix : Classe 3

Comprimés dragéifiés dosés à 15 mg.

Etuis de 50 - Prix : Classe 7

(Rembourse par la Sécurité Sociale)

Produits "ROCHE" S.A.
10, rue Crillon - PARIS 4^e

conduite en fonction de cette complication qui met en danger la vie de sa parturiente.

La pratique confirme dans ces grandes lignes ces notions théoriques sur l'avenir obstétrical des femmes antérieurement césarisées.

Mais il y a pourtant de nombreuses observations qui ne confirment pas ces idées théoriques et qui montrent que le problème est plus complexe : il faut, en la matière, éviter tout esprit de système, pour donner aux femmes les grandes chances d'accoucher par les voies naturelles, sans danger pour elle ni pour leur enfant.

LES CAUSES ET LES CIRCONSTANCES DES CESARIENNES ANTERIEURES

Disons tout de suite que nous n'avons pas toujours pu connaître ou préciser les causes et les circonstances des césariennes antérieures, pour plusieurs raisons :

Un certain nombre de femmes avaient été opérées hors de Tunis ou dans une autre maternité, et l'interrogatoire dans ces cas est des plus décevant. Pour quelques-unes qui ont pu nous dire que l'enfant était « makloub » ou que la délivrance était « devant », la majorité des autres n'avaient aucune idée de ce qui s'était passé alors, ni même à quelle époque elles avaient été césarisées.

Reconnaissons aussi que, même quand les femmes avaient été opérées dans le service, pour peu que cette intervention ait été pratiquée en période de « vacances » ou d'encombrement hospitalier, nous n'avons pu, pour les raisons précitées, connaître exactement la cause nos fiches d'observation.

L'examen de la femme a permis dans quelques cas de pallier aux carences de l'anamnèse : quand nous constatons, par exemple, un net rétrécissement pelvien, il était justifié de le considérer comme la cause essentielle sinon unique de la césarienne.

A) CAUSES IMMEDIATES

Tout compte fait, il apparaît que sur 285 cas, dans 71 cas nous n'avons pu, pour des raisons précitées, connaître exactement la cause de la césarienne antérieure.

Dans 214 cas, au contraire, celle-ci a pu être précisée. Il s'agissait de femmes déjà opérées dans le service.

Voici un tableau résumant les variétés et les taux de fréquences des étiologies détectées :

Bassins rétrécis	136
Anomalies de présentation	41
Placenta prævia	28
Anomalies de la dilatation	18
Procidence du cordon	7
Souffrance fœtale	6
Eclampsie	5
Cardiopathie	1
Gros fœtus	3
Gemellaire	2
Intoxication maternelle	1
Appendicite aiguë	1
Hydramnios	1
Eléphantiasis de la vulve	1
Total	250

A cette sèche énumération il convient d'ajouter les remarques suivantes :

1° La somme des cas indiqués dans ce tableau est de 250 pour 214 observations. Cette différence en plus, vient de ce que chez quelques malades, 2 causes (ou plus) coexistaient. C'est ainsi que nous avons retrouvé, associées à un rétrécissement pelvien, l'une ou l'autre des causes suivantes :

Anomalie de la dilatation	5 cas
Procidence du cordon	2 cas
Souffrance fœtale	5 cas
Anomalie de la présentation	21 cas
Gros fœtus	3 cas
Intoxication	1 cas
Hydramnios	1 cas

2° A propos des bassins rétrécis, il s'agissait en général de formes assez serrées d'angustie pelvienne.

Notre ligne de conduite est généralement, nous ne craignons pas de l'écrire, conservatrice, et comme à contre-courant des tendances « césariennes » à l'excès qui sont de mode actuellement.

Nos épreuves du travail sont très longuement et méthodiquement poussées, tenant un grand compte de la mécanique obstétricale la plus traditionnelle à laquelle nous demeurons encore très attachés.

Enfin, nous devons ajouter que, si la cause du forceps assez haut placé dans l'excavation est de plus en plus battue en brèche, nous en sommes volontiers partisans, ce qui nous a valu dans bien des cas de très agréables surprises.

Tout cela pour expliquer que la plupart des rétrécissements pelviens qui nous ont conduits à une césarienne n'étaient généralement pas des rétrécissements mineurs. Cette remarque prendra toute sa signification quand nous étudierons l'évolution des accouchements ultérieurs.

3° Enfin, en ce qui concerne les anomalies de la présentation, précisons qu'il s'agissait sur 41 cas de :

- 26 présentations de l'épaule;
- 10 présentations du siège;
- 3 présentations du front;
- 2 présentations de la face.

En résumé, de l'analyse des causes immédiates de la première césarienne, il découle :

- que dans près de la moitié des cas, il s'agissait de rétrécissement pelvien serré;
- que dans près de 11 % des cas il y avait une cause associée au rétrécissement pelvien.

B) AUTRES FACTEURS ETIOLOGIQUES

Il convient de compléter cette analyse de l'étiologie immédiate des césariennes antérieures, par celle d'autres facteurs plus généraux :

1° Age des femmes lors de la première intervention :

Nous n'avons pu le préciser que par 263 femmes dont :

- 12 avaient moins de 20 ans;
- 103 » de 20 à 25 ans;
- 77 » de 25 à 30 ans;
- 71 » au-dessus de 30 ans.

2° La parité n'a pu être précisée que dans 269 cas, les autres (des multipares) ayant fourni à divers interrogatoires des renseignements contradictoires.

Il y avait en tout 128 femmes qui avaient été césarisées lors de leur première grossesse. Soit : 44,9 % des cas.

Les autres, des multipares, se subdivisaient en :

- 47 secondipares,
- 21 tertipares
- et 73 grandes multipares ayant accouché de 4 à 13 fois.

3° Age de la grossesse :

Traitement local et général des urétrites et vaginites à *Trichomonas vaginalis*

FLAGYL

8823 R. P. (hydroxy-2' éthyl).1 méthyl-2 nitro-5 imidazole

VOIE BUCCALE :

Comprimés dosés à 250 mg
Flacon de 20

TRAITEMENT LOCAL :

Comprimés gynécologiques dosés à 500 mg
Flacon de 10

CHEZ L'HOMME :

Traitement par voie buccale : 2 comprimés à 250 mg
par jour pendant 10 jours consécutifs.

CHEZ LA FEMME :

Traitement local : 1 comprimé gynécologique à 500 mg
le soir pendant 10 à 20 jours.

Compléter, éventuellement, par un traitement par voie
buccale aux mêmes doses que chez l'homme.

SOCIÉTÉ PARISIENNE
RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC

Sauf 9 femmes qui ont été césarisées avant terme, toutes les autres semblent avoir été opérées à terme.

Les interventions avant terme ont été pratiquées dans les causes suivantes :

- au 7^e mois : 2 placentas prævia;
- au 8^e mois : 2 ruptures prématurées de poche des eaux sans déclenchement de travail;
- 4 « épaules » dont une avec procidence du cordon;
- 1 placenta prævia.

C) CIRCONSTANCES DE L'ACCOUCHEMENT

1° L'infection.

Parmi les circonstances de l'accouchement terminé par césarienne, nous avons essayé de mettre en évidence, celles qui ont pu, directement ou indirectement, extérioriser une infection utérine, cause possible d'une mauvaise cicatrisation de la plaie d'hystérotomie :

Infection amniotique;

Suites opératoires fébriles.

Faut-il dire que ces renseignements n'ont pu être recueillis que pour les femmes opérées dans le service ? Pour les autres ce n'est que dans quelques cas exceptionnels que l'interrogatoire ou l'état de la cicatrice abdominale, nous ont fait présumer l'existence d'une infection puerpérale.

a) En ce qui concerne l'infection amniotique, elle a été décelée 9 fois :

- 8 fois, les femmes avaient un bassin rétréci;
- 1 fois, le bassin était normal, mais l'arrêt de la dilatation et l'infection amniotique concomittante nous avait incités à pratiquer l'accouchement par voie haute.

Toutes ces femmes, on l'imagine bien, avaient été « suivies » par une matrone et conduites dans le service alors que l'infection était déjà déclarée.

b) L'infection de suite de couches a été retrouvée chez 42 femmes césarisées.

Il s'agissait généralement d'infection mineure, la température ne s'élevant pas au-dessus de 38°₂ - 38°₅ et cédant rapidement aux antibiotiques.

Dans quelques cas de travail prolongé, négligé, « sous contrôle » de matrone, avec ou sans infection amniotique, l'infection des suites de couches fut plus sévère, mais toutes les femmes guérirent rapidement.

Nous ne pouvons donc faire état dans notre série (opérées du service), de ces longues suppurations utéro-périétoales qui causent généralement une cicatrisation très vicieuse de la plaie utérine.

2° La durée du travail.

Dans le cas où l'infection n'a pu être mise en évidence nous avons essayé de connaître la durée du travail ou plus précisément, l'intervalle entre la rupture de la poche des eaux et la césarienne, estimant plus grandes les risques d'infection quand le travail est plus long.

L'estimation de cette circonstance particulière de l'accouchement fut impossible pour les femmes césarisées hors de service; elle fut difficile à préciser pour les autres, qui arrivent habituellement dans le service, la poche des eaux rompue depuis un temps indéterminable.

De notre enquête, malgré les incertitudes des réponses à notre interrogatoire, il résulte :

D'une part, que sur 285 césariennes, 5 fois seulement l'intervention fut pratiquée avant la rupture de la poche des eaux.

D'autre part, que sur 35 cas où l'intervalle entre la rupture de la poche des eaux et l'intervention a pu être très exactement précisé, celui-ci fut :

inférieur ou égal à 5 heures dans	24 cas;
compris entre 5 et 10 heures dans	3 cas;
compris entre 10 et 15 heures dans	2 cas;
supérieur à 15 heures dans	6 cas.

3° Etat de l'enfant.

Enfin, signalons que sur 285 naissances, nous avons noté :

11 morts-nés;

1 enfant décédé 7 heures après l'accouchement;

19 enfants décédés dans le mois suivant l'accouchement, de cause non obstétricale.

* * *

Disposant de ces renseignements sommaires concernant la première césarienne, voyons maintenant comment nos 285 femmes ont accouché ultérieurement.

La première analyse de nos observations nous montrent :

que 148 d'entre elles accouchèrent par les voies naturelles, soit 51,03 % des cas,

et 137 par nouvelles césariennes, soit 48,07 % des cas.

Mais cette statistique générale doit être légèrement « apurée », car certaines femmes ont dû subir 2 césariennes itératives, d'autres césarisées ont eu ultérieurement et successivement un accouchement par les voies naturelles, puis une nouvelle césarienne (10 cas). Nous les étudierons plus loin, dans un paragraphe séparé.

LES ACCOUCHEMENTS ULTÉRIEURS PAR LES VOIES NATURELLES

148 sur 248 cas, soit 51,03 %

Ainsi plus de la moitié des femmes césarisées, accouchèrent ensuite par les voies naturelles.

Comment expliquer l'évolution favorable de l'accouchement ultérieur ?

L'explication la plus simple est que, la cause de la première césarienne n'existant plus lors de l'accouchement suivant, celui-ci put évoluer normalement sans dystocie :

Par exemple, une femme césarisée pour éclampsie ou placenta prævia, peut parfaitement accoucher par la suite, si elle n'est pas de nouveau victime de l'une ou de l'autre de ces complications.

Encore faut-il que la cicatrice de l'hystérotomie soit telle :

- qu'elle n'empêche pas la progression de la dilatation;
- qu'elle ne se rompe pas en cours de travail.

L'analyse des 148 femmes ayant accouché ultérieurement par les voies naturelles, ne confirme qu'en partie une telle manière de voir :

1° Voyons tout d'abord, les causes qui dans ce groupe de femmes, avaient conduit à pratiquer antérieurement une césarienne. Nous n'avons pu les déterminer que dans 116 cas :

Bassins rétrécis	43
Bassins rétrécis + causes associées	15

(Placenta prævia, anomalie de la présentation, etc...).

ENFANTS

granulés

PRIX CL 2

**SPÉCIFIQUE DES TROUBLES
NERVEUX DE L'ENFANT ET
DE L'ADOLESCENT**

1 cuiller à café \equiv 0,01 de Phénobarbital

NEVROVITAMINE 4

ADULTES

dragées

**SPECIFIQUE DU NERVOSISME
DE L'ADULTE**

1 dragée = 0,05 de Phénobarbital

48 dragées PRIX CL 2

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRES NOVALIS LYON-OULLINS

TABLETTES CAVED - (S)

au Suc de Réglisse déglycyrrhizinisé

— 0 —

TRAITEMENT DES GASTRITES, GASTRITES SURAJOUTÉES,
GASTRITES MÉDICAMENTEUSES.

PROTECTION DE LA MUQUEUSE GASTRIQUE
CONTRE LES INCIDENTS DIGESTIFS
PROVOQUÉS PAR LES ANTI-INFLAMMATOIRES

Laboratoires de l'AMBRINE : 22, Rue Perceval, Paris-14^e

TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Avenue de Londres — TUNIS

Autres causes avec bassin normal	58
Anomalie de la présentation	21
Placenta prævia	23
Procidence du cordon	6
Eclampsie	5
Affections diverses	3

2° De cette énumération, il apparaît que l'on peut grouper les observations en deux catégories :

Dans la première, la cause de la première césarienne n'est pas intervenue à nouveau lors de l'accouchement ultérieur, expliquant ainsi l'évolution favorable :

58 sur 116 cas, soit 50 %.

Dans la deuxième, comprenant toutes les femmes ayant un bassin rétréci, la cause de la première césarienne persistait, et donc aurait dû nécessiter une deuxième intervention par voie haute.

Pourtant, l'expulsion ou l'extraction de l'enfant s'est faite par les voies naturelles :

58 sur 116 cas, soit 50 %.

Quel facteur nouveau est alors intervenu pour transformer la dystocie en eutocie ?

Plusieurs éventualités ont pu se produire :

a) Lors du précédent accouchement, en plus du rétrécissement pelvien, une autre dystocie était venue compliquer la situation et avait poussé à intervenir par hystérotomie, alors que le rétrécissement à lui seul ne constituait pas un obstacle insurmontable à la présentation. C'est ce qui se produit, nous venons de le voir, 15 fois.

Il faut cependant remarquer à ce propos, que dans le chapitre précédent, nous avons compté 34 cas de césariennes à étiologie mixte.

Si 15 d'entre elles ont accouché ultérieurement par voie basse, il en reste 20 pour lesquelles, il a fallu pratiquer une césarienne itérative.

Pour expliquer cette différence d'évolution, il faut invoquer :

- soit un rétrécissement pelvien très serré;
- soit un fœtus plus volumineux;
- soit une mauvaise cicatrice utérine gênant l'évolution du travail.

Nous reparlerons de ces 20 cas dans le chapitre suivant.

b) Lorsque le rétrécissement pelvien fut seul la cause de la césarienne (43 sur 116 cas, soit 37 %), il a pu se produire pendant l'accouchement ultérieur :

- Soit une meilleure adaptation de la présentation, aux dimensions et à la forme du bassin .
 - fœtus moins volumineux, prématuré ou non;
 - orientation différente de la présentation.
- Soit une meilleure évolution du travail :
 - rupture tempestive de la poche des eaux;
 - contractions utérines plus efficaces, permettant une épreuve du travail plus prolongée que la précédente, voire même l'utilisation prudente des ocytociques.

Pour essayer de mettre en évidence l'incidence des conditions différentes au cours des 2 accouchements successifs, voici quelques renseignements statistiques plus ou moins significatifs :

— L'âge des femmes ne semble pas intervenir, car nous retrouvons à peu près les mêmes répartitions que précédemment.

— La parité déterminée avec précision dans 138 cas, est résumée dans le tableau suivant :

Parité	2 ^e pare	3 ^e pare	4 ^e pare	5 ^e pare	Grandes multip.
Nombre de cas	27	38	14	18	45
Pourcentage approx.	20 %	27 %	10 %	13 %	30 %

Il semble que l'évolution de l'accouchement ait été nettement plus favorable chez les grandes multipares.

En vérité, moins que la multiparité, c'est la cause même la césarienne qui intervient ici, car c'est chez les grandes multipares que l'on a observé le plus fréquemment ces causes « accidentelles » transitoires, qui ne se reproduisent pas ultérieurement, permettant ainsi un accouchement par les voies naturelles.

— Le poids de l'enfant ne nous donne pas plus d'indications.

Car si dans 24 observations (sur les 43 bassins rétrécis), le poids de l'enfant fut inférieur, lors de l'accouchement ultérieur, dans 8 cas, le poids fut sensiblement le même, et dans 11 cas, un enfant plus volumineux, n'a pas empêché son expulsion ou sans extraction par les voies naturelles, alors que le précédent, moins volumineux, avait dû, à bassin identique, être extrait par césarienne.



DOUBLE ACTION

AMŒBICIDE
— PAR VOIE ORALE —
BACTÉRICIDE

Entobex



UN SEUL BUT
ANTIDYSENTÉRIQUE

1 ou 2 dragées
3 fois par jour

Flacon de
20 dragées à 50 mg
P. Cl. 6

C I B A

11106

113

— Les circonstances du travail antérieur ont pu jouer un rôle que nous essayerons de préciser, en tenant compte de :

- la durée du travail;
- de l'infection.

En ce qui concerne la durée du travail, dans le groupe de femmes ayant un bassin rétréci, nous avons relevé les chiffres suivants :

		Acc. ultérieur voies naturel.	Césariennes
Inférieur ou égal à 5 heures ..	24	11	13
Entre 5 h. et 10 h.	3	2	1
Entre 10 h. et 15 h.	2	2	
Au-dessus de 15 heures ..	6	3	3

Si nous considérons la durée de 15 heures comme le seuil au delà duquel un travail ne saurait se prolonger sans être dangereux pour la mère et pour l'enfant (LÉVY-SOLAL et GRASSET), il apparaît que :

sur 29 accouchements ayant duré la première fois moins de 15 heures, il y a 15 accouchements ultérieurs par voie basse et 14 accouchements par césarienne itérative, soit près de 50 %,

et sur 6 accouchements, de plus de 15 heures, on retrouve la même proportion.

Ainsi la durée du travail lors du premier accouchement ne semble pas avoir influencer l'évolution de l'accouchement suivant.

L'infection semble avoir jouer un rôle plus significatif : c'est ainsi que sur 9 femmes ayant eu antérieurement une infection assez sévère (infection amniotique pour la plupart), une seule accoucha ensuite par les voies naturelles (d'un enfant de poids égal au précédent) et les autres (8) furent césarisées à nouveau.

Rôle des ocytociques. — Il convient d'insister sur le rôle adjuvant incontestable des ocytociques dans certains cas.

Il nous est arrivé pendant l'accouchement ultérieur, au cours d'une épreuve du travail apparemment non concluante, de tenter en dernier recours, sur la table d'opération, une injection d'ocytocique, soit en perfusion, soit même par voie intra-musculaire, associée ou non à un antispasmodique, selon l'état de la dilatation.

11 fois nous avons eu l'heureuse surprise de voir alors se compléter une dilatation « stagnante » et s'engager une tête encore haute, ce qui permit l'accouchement spontané ou par une application de forceps

non traumatisante. Une révision utérine systématique après la délivrance nous a rassurés sur l'intégrité de la cicatrice utérine.

Ajoutons que l'emploi des ocytociques de synthèse (syntocinon) nous a paru, incontestablement, plus régulièrement efficace que l'extrait du lobe postérieur d'hypophyse.

Mode de terminaison de l'accouchement. — Enfin, notons que sur 148 accouchements par voie basse, 135 se sont terminés par une expulsion naturelle et 12 par forceps.

Dans un seul cas on a dû pratiquer une crânioclasie (enfant mort).

Etat des enfants. — Dans l'ensemble :

126 enfants nés à terme en bon état, sont sortis vivants du service;

22 sont morts dans les conditions suivantes :

6 morts-nés macérés;*

12 prématurés de moins de 2 kgs;

2 enfants atteints de monstruosité diverses;

Seuls 2 enfants décédés dans les jours suivants, d'hémorragie méningée, peuvent être portés à la charge du mode d'accouchement. Une nouvelle césarienne aurait sans doute permis de les faire naître vivants.

ACCOUCHEMENT ULTERIEUR PAR CESARIENNE ITERATIVE

Sur 285 femmes antérieurement césarisées, 137 ont dû subir une césarienne itérative, soit 48,07 %.

— Certaines d'entre elles (37) ont par la suite dû être opérées une 3^e fois, voire même une 4^e fois (1 cas).

— D'autres, par contre, ont pu accoucher par les voies naturelles, avant ou après la 2^e césarienne (10 cas). Nous les étudierons séparément.

— De même nous étudierons dans un chapitre à part toutes celles qui ont présenté une déhiscence de la cicatrice utérine décelée avant ou au cours de la césarienne itérative (13 cas).

CAUSES DE LA CESARIENNE ANTERIEURE

Elles n'ont pu être précisées que dans 108 cas. Elles se répartissent ainsi :

Bassin rétréci	43 cas
Bassin rétréci + autre dystocie	54 cas

Parmi les causes associées aux bassins rétrécis, on relève :

9 anomalies de la présentation;

7 anomalies de la dilatation;

4 placenta prævia,

et 34 causes diverses (voir tableau page 452).

Anomalies de la présentation (bassin normal)	3 cas
Anomalies de la dilatation (bassin normal)	2 cas
Causes diverses (bassin normal)	2 cas

Ainsi, sur 128 cas, il y avait 97 bassins rétrécis, soit près de 75 %.

La proportion est telle que l'on peut admettre sans risque d'erreur que, dans ce groupe de femmes, la cause essentielle de la 1^{re} et de la 2^e césarienne fut le rétrécissement pelvien, que celui-ci fût ou non associé à une autre dystocie.

Il est vain de rechercher alors une autre cause, et de se demander, comme nous l'avons fait dans le chapitre précédent, si d'autres facteurs étiologiques étaient intervenus ou non.

D'ailleurs, ce que nous avons dit plus haut, au sujet de l'âge des femmes, la parité, le poids de l'enfant, la durée du travail, nous dispense d'insister à nouveau sur le rôle négligeable de chacun de ces facteurs.

Rappelons pourtant le rôle plus probable de l'infection amniotique antérieure, qui 8 fois sur 9 a imposé une césarienne itérative, comme nous l'avons vu plus haut.

Il est par contre plus intéressant de s'attacher un peu plus longuement :

D'une part, aux cas intermédiaires, où césariennes et accouchements normaux se suivent irrégulièrement.

D'autre part, aux cas compliqués de déhiscence de la cicatrice utérine.

CAS INTERMÉDIAIRES

Dans 10 observations, nous avons observé à la suite de la première césarienne, une série de 2 ou plusieurs accouchements se terminant, les uns par les voies naturelles, les autres par nouvelles césariennes.

Comment expliquer cette disparate ?

De l'analyse de ces 10 observations nous avons tiré les remarques étiologiques suivantes :

1° **Age et parité.** — Ce sont pour la plupart de grandes multipares âgées.

5 d'entre elles avaient plus de 40 ans.

8 d'entre elles avaient accouché plus de 5 fois.

2° **Le bassin n'était rétréci que dans 2 cas :**

— Une fois il y avait un bassin nettement rétréci ayant nécessité **une première césarienne** pour non engagement de la tête. Le 2° accouchement a pu se terminer **par forceps**, avec enfant vivant, de poids inférieur au précédent. Au 3° accouchement, l'enfant étant plus volumineux, le non-engagement de la tête, avec arrêt de la dilatation a imposé **une nouvelle césarienne**.

— Dans un autre cas, bassin modérément rétréci, aplati, avec P.S.P. = 10 cm, 5 :

Césarienne au premier accouchement (sans précision sur l'évolution du travail ni le poids de l'enfant).

Puis 5 accouchements normaux.

Le 7° accouchement, non-engagement de la tête avec arrêt de la dilatation : césarienne.

3° **Poids de l'enfant.** — C'est sans doute le poids de l'enfant qui a déterminé l'évolution différente des accouchements dans ces 2 cas où le bassin était plus ou moins rétréci.

C'est encore ce facteur qui est intervenu dans 7 autres cas :

La première césarienne avait été pratiquée, soit au premier accouchement (siège chez une primipare âgée), soit après plusieurs accouchements, les uns normaux, les autres par forceps.

Des enfants plus volumineux, nés ultérieurement, ont imposé alors une césarienne, suivie d'accouchements normaux quand les fœtus étaient de plus faible poids.

4° Enfin, dans une dernière observation, après 7 accouchements normaux, césarienne pour placenta prævia, suivie de 2 accouchements par forceps.

Au 11° accouchement, présentation engagée profondément, mais des signes de rupture de la cicatrice imposèrent une nouvelle intervention qui confirma le diagnostic de déhiscence.

RUPTURE UTERINE ET DEHISCENCES DES CICATRICES ULTERIEURES

La rupture utérine cataclysmique ou la déhiscence asymptotique de l'ancienne cicatrice obsèdent véritablement l'esprit de l'accoucheur

en présence d'une femme en travail qui a déjà subi une césarienne. C'est la crainte de cette complication qui nous a poussés plus d'une fois à pratiquer une nouvelle césarienne plutôt que de risquer une rupture, en laissant le travail se prolonger trop longtemps.

Fréquence :

Cette complication est-elle fréquente ?

Dans notre série de 285 cas nous l'avons observée 13 fois, soit 4,5 %.

On appréciera mieux la valeur de ce chiffre en le comparant avec la fréquence générale des ruptures utérines.

C'est ainsi que dans la thèse de DJIAN (1), nous avons recueilli 72 cas de ruptures utérines sur 16.307 accouchements pratiqués à l'Hôpital Charles Nicolle, soit 4,41 pour mille.

C'est dire que la rupture est 10 fois plus fréquente chez les femmes césarisées que chez les femmes non césarisées.

Il faut dire pourtant que ces ruptures d'anciennes cicatrices d'hystérotomies ne représentent dans notre statistique qu'un faible pourcentage de l'ensemble des ruptures utérines (9,58 %) alors que pour d'autres auteurs, elles constituent une pourcentage beaucoup plus important : LOUROS (64 %), IRVING (54 %), BANCROFT et LIVINGSTONE (20 %).

Étiologie :

a) Ni l'âge ni la parité ne semblent avoir joué de rôle, car nous avons noté une proportion à peu près égale :

- de femmes jeunes (6) et âgées (7);
- de primipares (6) et de grandes multipares (7).

b) Toutes avaient des bassins rétrécis.

c) Certains auteurs ont pensé que la direction de la première incision utérine pouvait favoriser la déhiscence ultérieure.

C'est ainsi que GRASSET a signalé que celle-ci était plus fréquente après les hystérotomies transversales qu'après les incisions verticales.

Pourtant PADOWITZ et SCHWARTZ notent un taux de déhiscences égal dans les 2 cas.

Et dans notre statistique, nous n'avons observé que 2 cicatrices transversales pour 11 verticales.

Signes anatomo-cliniques. — En réalité, plus que la direction de la cicatrice, c'est sa qualité qui intéresse le plus :

a) 7 fois il existait de nombreuses adhérences péritonales, épiploïques ou pariétales, traduisant un ancien processus infectieux local, et dans la majorité des cas la cicatrice elle-même était fibreuse.

(1) « Contribution à l'étude des ruptures utérines : à propos de 73 observations », par Claude Djian, Paris, 1959.

*Pour
tout déprimé
tout surmené
tout névrosé*



TOUJOURS ACTIVE
JAMAIS NOCIVE



NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

6, RUE ABEL - PARIS.

b) Le plus souvent la déhiscence (partielle ou totale) d'une cicatrice fibreuse sur un segment inférieur aminci, était exsangue.

Ce sont de ce fait, des déhiscences cliniquement silencieuses, découvertes fortuitement au cours des césariennes. Il suffit de les suturer à nouveau pour que tout rentre dans l'ordre : toutes les femmes atteintes de ce type de déhiscence ont en effet guéri sans incident.

c) Plus rarement, nous avons observé, une véritable rupture utérine avec hémorragie abondante intra-péritonale.

Cliniquement c'était le tableau de la rupture utérine « classique » où domine l'état de choc et d'anémie aiguë.

Nous en avons observé 4 cas sur 3 femmes.

Une fois la femme arriva exsangue, et mourut dans le service au début de l'intervention.

Une autre fois, nous avons observé, une rupture chez une femme antérieurement césarisée. Elle guérit après suture, mais enceinte une 3^e fois, elle fit une nouvelle rupture cataclysmique qui nous obligea à pratiquer une hystérectomie.

Enfin, dans une dernière observation, chez une femme césarisée, nous avons diagnostiqué une rupture utérine cataclysmique, mais elle siégeait sur le bord latéral du segment inférieur, alors que la cicatrice antérieure avait parfaitement résisté à l'épreuve du travail.

Dans l'ensemble, sur 13 ruptures ou déhiscences, nous n'avons observé qu'un seul cas de mort maternelle qui aurait pu être évitée si la femme était arrivée à temps dans le service. Tous les autres cas, ont guéri parce que la complication fut décelée et traitée à temps par simple suture.

Certains auteurs ont récemment attiré l'attention sur l'exploration radiologique de l'utérus des femmes césarisées, avant une nouvelle grossesse. Ils ont observé dans certains cas, des images anormales qui permettent de présumer l'existence d'une déhiscence plus ou moins importante. Ces femmes devraient alors systématiquement être opérées au cours des accouchements suivants.

Nous avons recherché ces anomalies hystérographiques chez quelques-unes des femmes césarisées du service, et nous n'avons pas l'impression que les déformations décrites soient très fréquentes, ni même très caractéristiques. Notre expérience est encore trop récente pour que nous puissions nous prononcer nettement à l'heure actuelle.

En tout état de cause, de ce que nous avons dit plus haut sur l'évolution des déhiscences de cicatrices, nous pouvons conclure que, s'il convient de les rechercher, de les dépister systématiquement avant qu'il ne soit trop tard, elles ne constituent pas une complication aussi redoutable qu'on pourrait le croire à priori.

AÉROCID

1 **Cachet** matin et soir ou **2 Comprimés**

Aérophagie - Aérocolie - Hypotonie
gastro-intestinale - Insuffisance
hépatique

AQUINTOL

Gouttes * Suppositoires * Sirop

Adénopathies trachéo-bronchiques
Toux spasmodiques - Coqueluche
SÉDATIF ANALGÉSIQUE

OPOCÉRÈS

SIMPLE OU VITAMINÉ

Dragées à croquer * Ampoules buvables

Asthénies physiques, psychiques ou
intellectuelles - Alcalose
RECONSTITUANT - DYNAMISANT
PONDÉRATEUR du Ph. humoral

ASSOCIATION PHYTO-HORMONALE SÉDATIVE ASSOCIÉE
ACTIVE PAR VOIE BUCCALE

HEMORAME

A L'ANHYDROXYPROGESTÉRONÉ

Cachets : 2 à 4 par jour
Comprimés : 4 à 8 par 24 heures

NOUVEAU RÉGULATEUR
DU FLUX MENSTRUEL

LABORATOIRES DE L'AÉROCID - 248 bis, rue G.-Péri - CACHAN (Seine)

AEROCID : P. Cl. 1 et 2 — AQUINTOL : P. Cl. 1 et 2
OPOCERES : P. Cl. 2 et 9 — HEMORAME : P. Cl. 2 et 3

SCHOUM

FOIE

REINS

VÈSSIE

DRAGÉES

MAGNOSCORBOL

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL

Antiseptique

- INTERNE
- EXTERNE

OMNIMUM

LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine

SCHOUM, P. Cl. 2 — MAGNOSCORBOL, P. Cl. 3 — ANIODOL, P. Cl. 1 et 2
TUNISIE - Agence Pharmaceutique Française

Si vous désirez prescrire un lait en poudre demi-écrémé,
Nestlé met à votre disposition, en plus
du Nido entier (« sucré » ou « non sucré »), un...

NIDO *demi-écrémé* **sucré** *qui vous donnera entière sécurité*

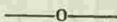
- ★ Pureté bactériologique
- ★ Excellente digestibilité
- ★ Solubilité parfaite
- ★ Facilité d'emploi



SOCIÉTÉ DE PRODUITS ALIMENTAIRES ET DIÉTÉTIQUES
18, Place Henri Bergson, PARIS 8^e

La Mortalité Maternelle à la Maternité de l'Hôpital Charles Nicolle

par les D^{rs} VALENSI, R. BRAMI et BENZINEB



La Protection Maternelle et Infantile est à l'ordre du jour en Tunisie et constitue depuis quelques années un des objectifs essentiels des services spécialisés du Secrétariat à la Santé Publique.

Le meilleur critère de l'efficacité du travail accompli jusque-là et le plus sûr moyen d'y apporter les correctifs nécessaires, est d'évaluer avec franchise le nombre et les causes des décès des femmes en couches et des nouveau-nés.

Nous nous bornerons dans cette communication à l'étude de la Mortalité Maternelle, dans le service le plus actif du pays, la Maternité de l'Hôpital Charles Nicolle, non pas pour établir une statistique sèche, mais pour nous permettre de mieux apprécier les résultats et les perspectives de la Protection Maternelle en Tunisie.

STATISTIQUE GENERALE

Notre matériel d'étude porte sur les 9 dernières années d'activité de la Maternité de l'Hôpital Charles Nicolle (1951 à 1959 inclus) au cours desquels ont été enregistrés : 25.774 naissances et 124 décès maternels, soit un taux global de mortalité maternelle, de 4,8 pour mille.

Ce chiffre global se situe parmi les plus forts enregistrés dans les pays disposant de statistiques sérieuses.

Voici, en effet, quelques résultats comparés communiqués au 18^e Congrès de la Fédération des Obstétriciens de Langue Française (Paris, 1959) :

U. S. A. (race blanche)	0,3	pour mille
France	0,6	» »
Allemagne Fédérale	1,6	» »
Colombie	3,7	» »
Ceylan	4,1	» »

Mais nos résultats ne peuvent être justement appréciés qu'en fonction de leur variation au cours des différentes années. C'est ce que nous mettons en évidence dans le tableau suivant :

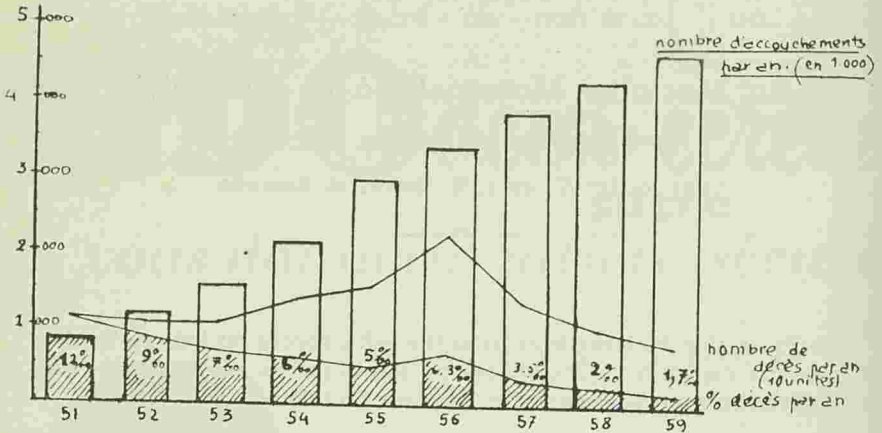


TABLEAU N° 1

Il apparaît ainsi, que dans l'ensemble, au cours de ces 9 années, se sont manifestés 3 phénomènes importants :

1° Un accroissement considérable du nombre annuel des naissances passé de 964 en 1951 à 4.718 en 1959.

2° Pendant ce laps de temps, le nombre global de décès par année a suivi d'abord une courbe croissante jusqu'en 1956, puis nettement décroissante jusqu'en 1959.

3° Le taux annuel de mortalité maternelle n'a cessé de décroître (avec une très légère remontée en 1956) pour passer de 12 pour mille en 1951 à 1,7 pour mille en 1959.

Ces résultats appellent quelques remarques qui en précisent la signification :

1° L'accroissement global annuel du nombre de décès maternels pendant la période de 1951 à 1956 est dû essentiellement à l'augmentation considérable pendant ces mêmes années du nombre des naissances.

Alors que son activité était très réduite, le service n'admettait que des parturientes d'un secteur restreint de la ville, comprenant une proportion relativement importante d'Européennes.

A mesure de la réorganisation de la Maternité, de son mode et son type « ethnique » de recrutement, on vit affluer non seulement un plus grand nombre de parturientes, mais surtout un plus grand nombre de Tunisiennes, n'ayant jamais été suivies dans les consultations pré-natales (quasi inexistantes alors) et un plus grand nombre de dystocies, venant de toute la ville, de toute la banlieue, et de régions fort éloignées ne disposant encore d'aucun Centre obstétrical. Nous

signalons à ce propos la fréquence des dystocies gravissimes, arrivant très tardivement dans le service après avoir « traîné » leur travail pendant plusieurs jours dans des villages perdus du Cap Bon, à 100 kms de Tunis.

Malgré ces circonstances défavorables, si le nombre annuel global des décès augmentait, le taux de mortalité maternelle décroissait sensiblement de près de la moitié : de 12 pour mille en 1951 à 6,3 pour mille en 1956.

2° Les années suivantes, malgré l'accroissement continu des naissances, le nombre global des décès et le taux de mortalité diminuaient l'un et l'autre.

Cette diminution nous paraît résulter : de la mise en place progressive d'un réseau de consultations pré-natales dans la région de Tunis et les régions voisines, de l'amélioration des conditions de travail à la Maternité et dans l'ensemble de l'Hôpital Charles Nicolle, en particulier au fonctionnement régulier de la banque de sang.

3° Enfin, le taux de mortalité de 1,7 pour mille enregistré en 1959, nous met au niveau de pays fortement équipés en matière sanitaire (Allemagne Fédérale par exemple, 1,6 pour mille) et traduit incontestablement les résultats heureux des efforts accomplis récemment en matière de Protection Maternelle par le Secrétariat d'Etat à la Santé.

Si nous devons être fiers de ces premiers résultats, ils ne nous satisfont pas pour autant :

- d'une part, il n'est pas sûr que ces chiffres reflètent la situation dans l'ensemble du pays;
- d'autre part, nous devons redoubler d'effort pour diminuer encore plus le nombre de femmes qui meurent en couches dans nos maternités.

C'est à la recherche des moyens d'y parvenir que vise l'analyse détaillée de nos renseignements statistiques et en particulier l'étude des causes de la mortalité maternelle à la Maternité de l'Hôpital Charles Nicolle.

FACTEURS ETIOLOGIQUES GENERAUX

Age. — Le tableau suivant indique la répartition des décès maternels suivant l'âge :

Ce tableau confirme la notion admise partout ailleurs : le taux de mortalité est plus grand chez les femmes plus âgées. Si dans les autres pays, c'est après la quarantaine que le taux est le plus élevé, il faut signaler que chez nous une femme de 30 à 35 ans est déjà une

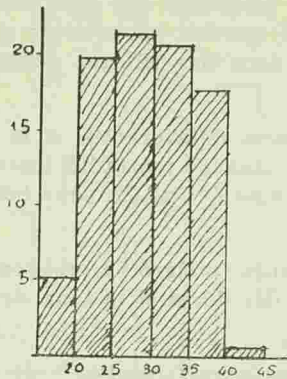


TABLEAU N° 2

femme « obstétricalement âgée », portant le poids non des ans, mais de la très grande multiparité et d'une misère physiologique d'autant plus intense que la femme a plus d'enfants à élever et moins de ressources pour y parvenir.

Le facteur aggravant de l'âge nous apparaît avec un relief saisissant à la lecture des communications antérieures portant sur certaines des dystocies les plus « matricides » observées dans le service : ruptures utérines, hémorragies rétro-placentaires, par exemple.

Parité. — En réalité, l'influence de l'âge n'est qu'une résultante de la multiparité, comme le montre bien le tableau suivant concernant 93 femmes dont l'âge a pu être déterminé exactement :

PARITE	Nombre	%
I	15	16 %
II, III, IV, V	36	38 %
Grandes multipares	42	46 %

Ainsi plus de 8 femmes sur 10 qui meurent sont des multipares et près de la moitié sont des grandes multipares.

Cette constatation semble particulière à notre pays, ou du moins aux pays à forte natalité, dont l'organisation pré-natale et obstétricale est encore à ses débuts.

Car, si les grandes multipares payent le plus lourd tribut à la mortalité maternelle, cela tient sans doute à la fréquence des dystocies

chez elles, et en particulier des dystocies très graves : ruptures utérines, hémorragies rétro-placentaires, placenta prævia.

Mais cela tient surtout à ce que dans notre pays ces dystocies sont plus souvent négligées chez les multipares que chez les primipares :

La mère de famille, parce qu'elle n'a pas le temps de se faire examiner, parce qu'elle néglige de le faire, ayant jusque là accouché normalement, parce qu'elle redoute l'accouchement à l'hôpital, source pour sa nombreuse famille d'abandon momentané et de désorganisation, parce qu'enfin sa résistance est considérablement amoindrie par l'âge, les privations, les grossesses répétées, les soucis quotidiens, se trouve donc dans les pires conditions, et risque plus qu'une jeune primipare, de ne pas survivre quand apparaît une complication grave au cours de son accouchement.

C'est une notion sur laquelle nous n'insisterons jamais assez et qui doit nous inciter dans l'organisation de la Protection Maternelle, à concentrer tous nos efforts sur l'aide aux grandes multipares.

CAUSES IMMÉDIATES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

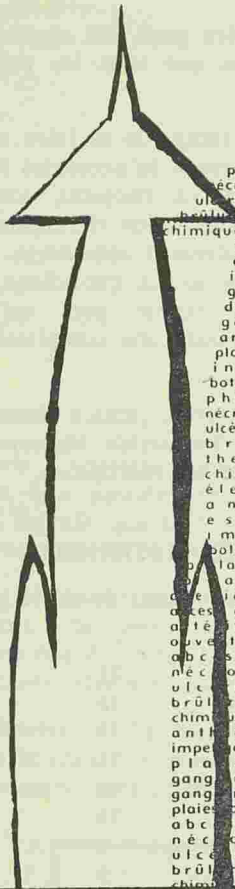
Voici tout d'abord par ordre de fréquence, les causes de décès pour les 124 cas étudiés :

1. Ruptures utérines	31
2. Hémorragies rétro-placentaires ..	15
3. Placenta prævia	12
4. Tuberculose	11
5. Shock	10
6. Toxémie	10
7. Cardiopathie	9
8. Maladies diverses	9
9. Afibrinogénémie	8
10. Infections	6
11. Opérations	6
12. Hémorragie de la délivrance .. .	6
13. Anesthésie	4

137

Notons que si le total des causes énumérées atteint 137 pour 124 observations, c'est que dans certaines d'entre elles deux causes différentes ont pu intervenir simultanément, par exemple : rupture utérine et afibrinogénémie.

Ajoutons surtout, que si l'on veut se placer dans l'optique d'une étude destinée à la Protection Maternelle, il faut répartir ces causes en 2 catégories : les causes obstétricales et les causes non obstétricales.



a
a
ab
ab
abc
abc
abce
abce
abcès,
phlegmons,
nécrose cutanée,
ulcères de jambe,
brûlures thermiques,
chimiques et électriques,
anthrax,
escarres,
impetigo,
gangrènes
diabétiques,
gangrènes
artérielles,
plaies ouvertes
infectées,
botryomycome,
phlegmons,
nécrose cutanée,
ulcères de jambe,
brûlures
thermiques
chimiques et
électriques,
anthrax,
escarres,
impetigo,
botryomycome, a
plaies atones abc
gangrènes abc
diabétiques, abc
gangrènes - abc
artérielles, plaies
ouvertes infectées,
abcès, phlegmons,
nécrose cutanée,
ulcères de jambe
brûlures thermiques,
chimiques et électriques,
anthrax, escarres,
impetigo, botryomycome,
plaies atones,
gangrènes diabétiques,
gangrènes artérielles,
plaies ouvertes infectées,
abcès, phlegmons,
nécrose cutanée,
ulcères de jambe,
brûlures thermiques,
chimiques et électriques

le
détergent
SÉLECTIF
des plaies
infectées

Boite: 1 g de Poudre de Trypsine
(conditionnement spécial pour pulvérisations)
S.S. A.M.G. COLL. A.P. (540 frs)

Poudre de trypsine

plaies ouvertes infectées,
abcès, phlegmons,
nécrose cutanée, ulcères
de jambe, brûlures
thermiques, chimiques et
électriques, anthrax, escarres,
impetigo, botryomycome, plaies
atones, gangrènes diabétiques,
gangrènes artérielles, plaies
ouvertes infectées,
abcès, phlegmons, nécrose cutanée,
ulcères
diabétiques,
ulcères de
jambe,
nécrose
cutanée

LABORATOIRE



48, Av. Th. Gautier

Paris (16^e)

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS

Publinter

La fréquence des décès par tuberculose (9 % de l'ensemble des décès maternels) ne laisse pas de surprendre si l'on se réfère à l'opinion actuelle de la plupart des physiologues concernant l'influence de la grossesse sur la tuberculose.

Pour la majorité des auteurs (d'Europe et d'Amérique), la grossesse n'aggrave pas la tuberculose.

Notre expérience tunisienne nous montre que dans un grand nombre de cas, c'est le contraire qui est vrai.

Cela tient sans doute aux conditions économiques et sociales particulières aux pays comme le nôtre, dits « sous-développés » sur lesquelles il est inutile d'insister.

Cela tient aussi à certaines formes d'évolution de la tuberculose, et en particulier aux formes séreuses gravissimes que l'on ne voit plus guère dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord : nous pensons à ces péritonites que nous avons observées, avec liquide purulent et bacillifère et dont l'issue mortelle n'a pu être empêchée malgré les traitements les plus intenses.

Il faut remarquer que le plus grand nombre de décès par tuberculose a été enregistré au cours des trois premières années auxquelles se rapporte ce travail (8 cas) et que depuis, on n'en observe que très rarement : aucun décès par tuberculose n'a été enregistré ces 3 dernières années.

C'est là sans doute une remarquable illustration des succès obtenus récemment en Tunisie, contre ce fléau social.

2° **Cardiopathies.** — Sur 83 cardiaques accouchées, 9 décès ont été déterminés par des accidents gravido-cardiaques.

Le plus souvent il s'agissait de rétrécissement mitral d'origine rhumatismale :

3 fois il s'agissait de primipare;

6 fois de multipares.

Presque toutes (8 cas) sont mortes en cours ou peu après le travail (de 1 à 5 heures) dans un tableau d'asystolie aiguë, malgré toutes les thérapeutiques préventives et curatives (pendant et après l'accouchement).

La plupart, il est vrai, n'avaient pas été suivies en consultation pré-natale et n'avaient pas bénéficié de la prévention indispensable dans ce genre d'affection : le repos absolu et prolongé.

Sans être, comme dans beaucoup de statistiques, « la cause principale de mort maternelle » (MENDELSON, STROMME, KUDER), il reste

que la mortalité par cardiopathie est la plus difficile à réduire, car les accidents sont, dans bien des cas, imprévisibles et irréductibles.

Malgré les progrès de la Protection Maternelle et de la thérapeutique nous perdons encore bon an mal an, une cardiaque chaque année, et l'amélioration des résultats ne peut venir à notre avis que de l'extension de la thérapeutique chirurgicale, même en cours de grossesse. Le Dr NACACH, rapportant il y a 3 ou 4 ans les résultats statistiques d'une série de 40 cardiaques enceintes traitées dans le service, avait signalé que toutes les cardiaques opérées avant ou pendant la grossesse avaient accouché sans incident.

3° **Diabète.** — Un seul décès a été signalé chez une femme diabétique non suivie, et admise dans ce service en état comateux.

Toutes les autres diabétiques ont passé facilement le cap de la puerpéralité sans grosses difficultés, toutes les fois qu'elles avaient été surveillées en cours de grossesse.

En réalité, chez la diabétique, c'est le pronostic fœtal qui cause le plus de soucis. Nous en reparlerons dans un travail ultérieur sur la mortalité natale et néo-natale dans le même service.

MALADIES GÉNÉRALES APPARUES PENDANT LA GROSSESSE

1° Nous n'avons pas eu à déplorer de décès dus à des pyelonephrites gravidiques graves, bien que certains cas en soient signalés dans la littérature.

2° Les pneumopathies aiguës, redoutables auparavant, virales le plus souvent, ont de moins en moins il est vrai, une fâcheuse réputation. Notre statistique fait état d'une mort par pneumopathie aiguë survenue dans la suite de couches, malgré une thérapeutique antibiotique intense.

3° Une place à part doit être faite aux hépatites à virus dont la gravité reste d'actualité comme l'ont montrée les travaux algériens et en Tunisie, A. CORCOS (2), malgré tous les traitements.

Cette affection est le type même des maladies aggravées par la grossesse. Notre impuissance thérapeutique nous les fait redouter à juste titre. Nous classons ces décès parmi les morts inévitables.

MALADIES GRAVIDIQUES PROPREMENT DITES

Il s'agit en l'espèce de l'éclampsie qui a déterminé la mort de 10 femmes.

(2) « Ictères de la femme enceinte », par A. CORCOS, in « Presse Médicale », N° 26, 1954.

Pour apprécier la valeur de ce chiffre, il faut signaler que nous avons accouché dans le service près de 100 femmes éclamptiques et plus généralement près de 300 femmes présentant des formes plus ou moins sévères, de ce que l'on appelle encore, malgré l'impropriété du terme, la toxémie gravidique.

C'est le type d'affection qu'une Protection Maternelle généralisée devrait faire disparaître, car, si bien des obscurités entourent encore sa pathogénie (maladie des hypothèses, disait BAR), si son pronostic est des plus difficiles à apprécier une fois les crises déclenchées, il demeure qu'aucune femme bien surveillée pendant la grossesse n'en a été victime.

Dans une communication antérieure du Dr VALENSI et dans la thèse de BOUJENAH (3), l'influence des diverses thérapeutiques en a été longuement discutée.

Tous les traitements sont bons tant que des lésions irréversibles ne se sont pas constituées. Mais dès qu'apparaissent infarctus du rein ou hémorragie cérébrale, rien n'agit plus, ni les traitements « modernes » à base de « neuroplégiques », ni les cures anciennes du type « Stroganoff », ni l'évacuation chirurgicale de l'œuf.

C'est bien l'infarctus du rein avec anurie ou l'hémorragie cérébrale qui ont en effet déterminé le décès des 10 éclamptiques dont nous parlons ici.

CAUSES OBSTÉTRICALES

Elles ont été les causes les plus fréquentes de décès maternels, puisqu'elles ont déterminé 85 décès sur 124, soit 68 %.

C'est dire que, si l'examen pré-natal systématique constitue une des bases de la Protection Maternelle, l'effort essentiel doit porter sur l'amélioration des conditions de l'accouchement lui-même.

En quoi doit consister cette amélioration ? Nous essayerons de le montrer à la lumière de l'analyse plus détaillée des causes obstétricales de mortalité maternelle.

1. — RUPTURE UTERINE

31 femmes sont mortes de rupture utérine, soit 1/4 de l'ensemble des décès de toutes causes.

(3) Voir thèse de BOUJENAH : « A propos du traitement de l'Eclampsie (26 observations) », Paris, janvier 1956.

La rupture utérine est donc de loin la cause la plus fréquente de mort maternelle en obstétrique.

Un interne du service, le Dr DJIAN, a rapporté dans une thèse récente, 73 cas de ruptures utérines observées dans le service entre janvier 1951 et décembre 1957. (4).

Nous rappellerons certaines des conclusions de ce travail qui intéressent notre propos :

a) L'absence de prophylaxie pré-natale et de surveillance médicale pendant l'accouchement a joué le rôle essentiel dans l'étiologie de ces ruptures (spontanées ou provoquées).

La preuve en est donnée par la diminution du taux annuel de ruptures qui est passé :

du maximum en 1954 : 6,5 pour mille,

au minimum en 1958-1959 : 1,49 pour mille.

b) Les ruptures utérines devraient disparaître de notre nomenclature hospitalière comme elles ont disparu (ou presque) dans les pays « avancés », et dans la clientèle de ville.

Les moyens les plus sûrs pour y parvenir sont :

— La prophylaxie pré-natale attentive des multipares (la rupture ne se voit pas chez les primipares).

— L'amélioration générale des conditions d'accouchements dans tout le pays.

Ces règles générales de Protection Maternelle, sont d'ailleurs valables pour les autres causes importantes de décès obstétricaux dont nous allons parler, et en particulier les placenta prævia, et les hémorragies placentaires.

2. — PLACENTA PRÆVIA

Il a déterminé la mort de 12 femmes sur 260 placenta prævia traités. Nous diviserons nos observations en 3 catégories :

a) Dans 4 cas, les femmes sont arrivées mourantes à l'hôpital, une est décédée en arrivant, les 3 autres sont mortes malgré un traitement approprié et un essai de réanimation correct et rapide.

b) Dans 5 cas la réanimation a permis de rétablir la situation. Mais l'acte obstétrical nécessaire pour l'extraction du fœtus et du

(4) Voir thèse de DJIAN : « A propos de 73 Ruptures utérines », Paris, 1959.

0,50 G 1.M
1 G 1.M

STREPTODUOCINE

BIPENICILLINE ^{2/3}

Sarbac

**L'ASSOCIATION
PÉNICILLINE STREPTOMYCINE
DE SÉCURITÉ**



ALGERIE : Ets PHARMOFFICE — 1, Boulevard Bugeaud — ALGER
TUNISIE : PROPBARMA — 4, Pas. d'Elbe (43, R. Moktar Attia) — TUNIS
MAROC : Société Interfar — 9-11, Rue de Colmar — CASABLANCA

UNION
1951

placenta semble avoir créé un choc supplémentaire irréversible. C'est ainsi qu'il a fallu dans un cas faire une extraction de tête dernière, dans un cas un Braxton Hicks, dans un 3^e cas une hasiotripsie et enfin, dans deux cas, une césarienne. Notons que 2 fois la situation fut compliquée, si l'on peut dire, par l'apparition d'une afibrinogénémie.

c) Dans 2 cas l'accouchement a été normal, mais une fois la femme est morte après un choc irréversible brutal, une autre fois une rupture spontanée a été découverte et la malade n'a pas pu faire les frais d'une intervention.

De ceci, nous avons pu dégager 2 notions essentielles :

— Dans le premier groupe, toutes les mortes auraient pu être évitables : transport plus rapide dans un Centre hospitalier, plus précoce aussi, réanimation pendant le transport, dépistage dans les Centres de P. M. I.

— Dans le deuxième groupe, nous nous trouvons dans un cercle vicieux. L'expectative ne nous permet pas de penser que la situation peut s'améliorer. Les interventions par voies basses semblent, malgré les apparences moins meurtrières que les opérations par voie haute (18^e Congrès de Gynécologie Obstétricale). Nous pensons que le fait dominant n'est pas le moyen utilisé comme traitement curateur, mais bien la spoliation sanguine antérieure au cataclysme. Les malades ne peuvent plus faire les frais, ni d'une nouvelle hémorragie, ni d'une intervention quelle qu'elle soit.

En conclusion, le placenta prævia demeure une cause redoutable de mortalité maternelle malgré les moyens modernes mis à notre disposition, surtout du fait qu'il « appelle » d'autres complications telles que le choc, afibrinogénémie, rupture. Les morts qui en sont la cause sont à classer parmi les morts difficilement évitables.

3. — HÉMORRAGIE RETRO-PLACENTAIRE

Sur un ensemble de 75 H.R.P. nous avons eu à déplorer 15 décès, soit 17 %.

13 observations sur les 15 décès par H.R.P. ont pu être étudiées attentivement (5). Mettons à part un décès dû à l'association H.R.P.-rupture utérine. Sur les 12 cas restants, 3 femmes ont accouché par voie basse (2 fois normalement, une fois après application de forceps), 9 femmes ont subi une césarienne.

Chaque fois, l'intervention par voie haute semble avoir eu des indications sans appel : pas de dilatation ou absence de progression

(5) Voir thèse de PFLUG : « A propos de 70 Hémorragies rétro-placentaires », Paris, 1960 et VALENSI sur le même sujet, in « Tunisie Médicale », janvier 1959.

de la dilatation avec état général s'aggravant d'heure en heure, malgré rupture des membranes et traitement médical.

Parmi ces 9 décès nous avons noté 6 fois l'apparition d'un facteur morbide supplémentaire : une fois il y a eu insuffisance de réanimation par manque de personnel compétent, 4 fois une afibrinogénémie associée, une fois un état toxique très sévère avec anurie.

Il reste que, seuls 3 décès peuvent être imputés à l'intervention elle-même, comme facteur aggravant. Il semble donc que la césarienne, que nous considérons comme un moyen extrême, et que nous ne pratiquons que la main forcée, doive garder, malgré sa mauvaise réputation dans ces cas, sa place dans l'arsenal thérapeutique de l'hématome rétro-placentaire.

Remarquons en conclusion, que nos efforts commencent à porter leurs fruits, puisque on ne compte en 1958 aucun décès et en 1959, 1 décès contre 4 décès en 1956.

4. — AFIBRINOGENEMIE

Elle a causé la mort de 8 femmes, dont les observations ont été rapportées dans la thèse de PÉREZ. (6)

Il s'agit là d'un accident obstétrical de la dernière heure, prévisible ou imprévisible selon les cas.

Il peut être dépisté à temps. Il doit l'être. Son évolution toujours dramatique, dépend non seulement du traitement mis en train, mais aussi des facteurs étiologiques qui sont à son origine.

En effet, les 8 femmes dont le décès fut imputé à l'afibrinogénémie ont subi une intervention chirurgicale :

- 2 fois pour juguler l'afibrinogénémie : hystérectomie;
- 4 fois pour traiter une H.R.P. : césarienne;
- 2 fois pour une autre cause obstétricale : bassins rétrécis.

Il va sans dire que :

- le pronostic est meilleur lorsqu'il n'y a pas une intervention aggravante;
- l'hystérectomie ne doit être qu'un moyen de fortune bien qu'ayant à de nombreuses reprises redressé la situation, quand le fibrinogène ne permet pas à lui seul de l'améliorer rapidement.

(6) Voir thèse de J. PÉREZ : « A propos de 13 cas d'afibrinogénémie obstétricale, Paris, mai 1957.

Il convient de remarquer enfin, que depuis la corticothérapie préventive, nous n'avons pas observé d'afibrinogénémie en ces 2 dernières années.

5. — HÉMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

5 décès sur 135 cas d'hémorragie importante.

Dans les 5 observations de décès imputés à l'hémorragie de la délivrance, il y avait eu chaque fois un accouchement normal. 2 fois les femmes sont mortes en arrivant à l'hôpital, vidées de leur sang. 3 fois il a été impossible de juguler par les moyens habituels (y compris la cortisone) l'hémorragie.

Notons que : la réanimation est difficile chez ces femmes dont les veines sont vite collabées. On a l'impression que la quantité de liquide ou de sang transfusé est infime devant la masse liquidienne perdue.

L'hémostase par voie haute (hystérectomie) chez ces femmes exsangüés paraît a priori un moyen plus sûr de tuer plus vite. C'est le seul moyen cependant de mettre fin à une situation sans issue.

Mort inévitable ? Non, là encore, car la décision opératoire rapide et la réanimation puissante nous a permis la survie de nombreuses malades.

LES ACCIDENTS ANESTHESIQUES

Ils représentent 3 % des morts dans notre pratique hospitalière. Ils ont tous eu lieu après rachi-anesthésie. Celle-ci a la réputation d'être mal supportée. Mais le taux de mortalité dû aux autres modes d'anesthésie est supérieur : 6 %, dans la statistique française de 1950 à 1957 (7). Enfin, les 4 décès enregistrés sont survenus sur près de 735 anesthésies pour césarienne, soit un taux de 0,5 pour mille, chiffres très inférieurs à ceux donnés dans les statistiques européennes où la rachi-anesthésie est contre-indiquée.

Ce chiffre devrait pouvoir être encore abaissé grâce à la présence d'un anesthésiste qualifié dont malheureusement la carence se fait beaucoup sentir. Car il faut préciser que, outre ses avantages techniques (hystérotomies « exsangües »), c'est surtout l'absence d'anesthésiste qualifié en garde de nuit qui nous oblige à préférer la Rachi aux autres modes d'anesthésie.

(7) Voir rapport du 18^e Congrès des Obstétriciens de Langue Française.

LES ACCIDENTS OPÉRATOIRES

6 décès après césarienne ont été retrouvés :

- 1 par thrombo-phlébite cérébrale;
- 1 par occlusion;
- 2 par urémie;
- 2 par cause inconnue.

Ce nombre est trop élevé. Il ne dépend certes pas de la technique utilisée, celle-ci n'ayant pas varié (à l'opérateur près) depuis 1950. Il n'est pas impossible que les deux décès par urémie soient dus à des erreurs au cours de transfusion sanguine. Cela demande beaucoup de rigueur de la part des organismes spécialisés.

Le décès par occlusion aurait pu être évité dans une certaine mesure.

Si nous ajoutons en effet l'accident anesthésique et l'accident post-opératoire, la césarienne entraîne une mortalité non négligeable, puisque avec 10 décès sur 735 césariennes, le taux est de **1.3 pour cent**.

Il peut et doit être réduit (soins post-opératoire, réanimation).

CONCLUSIONS

De l'analyse des causes de mortalité maternelle en obstétrique, nous pouvons conclure que :

1° Si certains décès restent difficilement inévitables : maladies générales aggravées par la grossesse, telles que : cardiopathies décompensées, hépatites à virus, ou complications obstétricales d'apparition brutale et d'évolution très rapide : afibrinogénémie à manifestations généralisées, hémorragies foudroyantes de la délivrance ou du placenta prævia, formes gravissimes de l'apoplexie utérine;

2° La plupart des autres devaient être évités par une prophylaxie pré-natale systématique (éclampsie) ou par l'amélioration générale des conditions d'accouchement.

Cette amélioration doit consister pour l'essentiel :

A) Dans le contrôle obstétrical de tous les accouchements, même quand ils ont lieu à domicile.

B) Dans l'organisation d'un réseau de transport d'urgence de tous les points du pays à un Centre urbain spécialisé (hélicoptère ?);

C) Dans l'augmentation nécessaire, mais bien mesurée, du nombre de ces Centres obstétricaux urbains, disposant :

des cadres d'accoucheurs vraiment spécialisés;

de l'équipement nécessaire et, en particulier, du matériel de réanimation rapide et suffisant.

Ce que nous avons obtenu à la Maternité de l'Hôpital Charles Nicolle, en particulier l'abaissement du taux de mortalité de 12 pour mille à 1,7 pour mille en 9 ans, démontre les effets de ces règles théoriques quand elles sont appliquées.

Certes ces conditions ne sont pas encore généralisées dans tout le pays, mais ce qui a été fait jusque là nous donne des raisons d'espérer une solution rapide.

— o —

Adultes

3 à 5 cuillerées
à café par 24 h

S I R O P

Bébés - Enfants

1 à 3 cuillerées
par 24 h selon âge

ANTI-HISTAMINIQUE DE SYNTHÈSE

MÉRÉPRINE

P. Cl 3

A ACTION SEDATIVE DOUCE

DE GOUT TRÈS AGREABLE

LABORATOIRES TORAUDE — PARIS-V^e

TUNISIE — SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS



SOLUÉ BUVABLE
DE

GLUCONATE DE CALCIUM

10%

ET VITAMINE B12

LABORATOIRES SARGET

G. NÈGREVERGNE Docteur et Pharmacien - Ex-Interne de l'Université de Montpellier
87, Cours d'Alsace et de Lorraine - BORDEAUX

I.C.A.
IMP. PARIS

TUNISIE : SO.DI.ME.PHA : 5, Rue de Brones — TUNIS

Les chances (ou les risques) de grossesse après Tuberculose Génitale

par les D^{rs} VALENSI et L. SAADA

— o —

Une femme atteinte de tuberculose génitale peut-elle espérer une grossesse ?

Le temps est encore tout proche où l'on répondait par la négative : « stérilité quasi irrémédiable », disait-on vers 1948 (NETTER et LE GUYADER) quelles que fussent la localisation (tubaire ou endométriale) et l'évolution des lésions.

Depuis, disposant de plus de recul après l'usage des antibiotiques, associés ou non aux corticoïdes, et d'un plus grand nombre de cas dépistés, étudiés, traités, nos idées évoluent sensiblement.

Dès 1950, on publia les premières observations indiscutables de grossesse utérine chez des femmes traitées pour tuberculose génitale et les publications se multipliaient tous les ans : BORROW, BLINICK et SOICHER d'abord, puis KRAUBIG, HALLUM et THOMAS, BRET et LEGROS, FUNCK BRENTANO et DALSACE, et beaucoup d'autres, ont rapporté des cas de grossesses après tuberculose génitale traitée.

Mais à mesure que les communications augmentaient en nombre, on eut la désagréable surprise de constater que beaucoup de ces grossesses étaient extra-utérines, faisant perdre aux femmes tout le bénéfice de leur « guérison » fonctionnelle. A l'heure actuelle, cette fréquence des grossesses ectopiques est telle que l'on peut se demander s'il est souhaitable pour une tuberculeuse génitale de « risquer » une grossesse : BENDER, BROMBERG, BEDRINE et HOULNÉ, MARCEL, CHARTIER, BRET et LEGROS, VAN VEEN, PALMER, FUNCK BRENTANO et DALSACE, ont rapporté tour à tour les conclusions de ces malheureuses expériences.

Ainsi ALBRECHT, obtient 18 % de grossesses chez 126 malades traitées, mais chez 28 femmes enceintes il y eut 18 grossesses ectopiques, soit plus de 60 % des cas.

FUNCK BRENTANO et DALSACE sur 42 cas traités ont eu 7 grossesses ectopiques et 1 grossesse utérine terminée par avortement.

Notre expérience à Tunis, où la tuberculose génitale est si fréquente (1), n'est pas beaucoup plus favorable, car sur près de 130

(1) Voir in « Tunisie Médicale » de février 1956 : « La tuberculose utérine », par le Dr Valensi et thèse de André Lévy : « Contribution à l'étude de la tuberculose utérine », Paris, 1956.

Voir encore, Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique (tome 7, page 605) : « A propos de 36 cas de tuberculose annexielle », par Valensi et Delclaux.

cas traités en clientèle privée, nous n'avons observé que 4 grossesses dont une utérine se terminant par un accouchement à terme et 3 grossesses ectopiques.

Voici l'histoire résumée de nos 4 malades :

OBSERVATION N° 1

Mme Aziza... Examinée la première fois en septembre 1958 pour stérilité primaire d'un peu plus de 2 ans. La malade est âgée de 20 ans.

Puberté normale.

Cycle de 40 jours, durant 5 jours avec dysménorrhée très importante.

Antécédents : pleurésie séro-fibroneuse à l'âge de 15 ans avec aménorrhée concomittante, et réapparition progressive des règles 6 mois après le début de la maladie.

A l'examen : utérus, annexes, col paraissant normaux.

La biopsie d'endomètre montre une tuberculose folliculaire géant-épithélioïde. (Dr Ali BOUJENAH).

A l'hystérogaphie : une cavité utérine anormale (synechie partielle) et déformations de l'image tubaire confirmant le diagnostic de « tuberculose salpingienne ».

Au cliché de contrôle : obstruction tubaire à l'orifice pavillonnaire.

Réaction de Midle Brook : positive + + +.

Dès octobre 1958, la malade est mise au traitement médical :

1° Dihydrostreptonycine pantothénique : 10 grs par mois pendant 4 mois.

2° Cortancyl 5 : 3 comprimés par jour pendant 4 mois.

3° Rimifon : 6 comprimés par jour.

Nous ne revoyons la malade qu'un an après (octobre 1959), pour un retard d'un mois : l'utérus est nettement gravide.

Accouchement normal en mai 1960 d'un enfant vivant (l'accouchement ayant eu lieu loin d'un Centre et en dehors de notre présence, nous n'avons pu faire un examen histologique placentaire).

OBSERVATION N° 2

Mme S. Ines... Examinée la première fois en mai 1950 (23 ans), pour stérilité primaire de 2 ans.

Ampho-Vaccin Intestinal à ingérer

*Ramène à la normale
le microbisme intestinal
dévié
sans détruire l'équilibre
naturel
de la flore intestinale*

POSOLOGIE

CAS AIGUS : 2 à 4 ampoules par jour

CAS CHRONIQUES et AUTO-INTOXICATIONS

1^{re} semaine : 2 ampoules par jour

2^e semaine : 1 ampoule par jour

3^e semaine : 1 amp. tous les 2 jours

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

TUNISIE : SPECIMEDHY -- 37, Rue d'Isly -- TUNIS

Cycle normal.

Douleur abdominale sous-ombilicale quotidienne depuis 2 mois.

A l'examen : exo-endocervicite importante, suppurée. Annexite droite.

Clace + Propidon + antibiotique n'amènent qu'une très légère amélioration.

On pense à une tuberculose génitale :

V. Sédimentation : 19 mm à la 1^{re} heure.

Verne Resorcine : 20.

Traitement : Streptomycine + P.A.S.

En 1 mois l'état du col s'améliore considérablement.

La masse annexielle droite se résorbe; il ne persiste qu'une trompe légèrement augmentée de volume et très dure, adhérente dans le Douglas.

La malade habitant loin de Tunis, n'est revue que tous les 3 ou 4 mois.

En novembre 1951, crise douloureuse aiguë de la fosse iliaque droite. Le chirurgien de la localité pense à une appendicite, l'opère et trouve une péritonite tuberculeuse avec granulations diffuses. Il n'a pas exploré les annexes.

Soumise depuis, au traitement mixte : P.A.S., Streptomycine, Cortisone. Amélioration rapide : 3 mois après, la trompe droite n'était plus perceptible. Traitement de consolidation au Rimifon.

Revue en mars 1957 : la masse annexielle a réapparu, aussi volumineuse qu'en 1950, malgré la surveillance médicale et le traitement au Rimifon en cures discontinues.

On lui conseille une intervention pour supprimer ce foyer annexiel, résistant aux antibiotiques.

Entre-temps, elle présente après un retard de 5 jours, des pertes noirâtres traînant pendant une quinzaine de jours.

Au toucher, en plus de l'annexite droite on trouve une trompe gauche, tuméfiée, molle, très douloureuse, prolabée dans le Douglas.

Diagnostic : G.E.U. gauche.

L'intervention a confirmé ce diagnostic :

Grossesse tubaire gauche avec début d'avortement tubaire.

L'examen histologique a confirmé le diagnostic ancien de tuberculose tubaire.

L'INHIBITEUR SPÉCIFIQUE DE L'ANHYDRASE CARBONIQUE AUX MULTIPLES
PROPRIÉTÉS PHARMACODYNAMIQUES ET APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DIAMOX

- **cardiologie :**
Cœur pulmonaire chronique
Insuffisance ventriculaire droite
- **ophtalmologie :**
Glaucome aigu primitif
Glaucome secondaire à une uvéite
Glaucome chronique
Chirurgie oculaire (*Adjuvant de la*)
- **endocrinologie :**
Obésités
Tension prémenstruelle
- **neurologie :**
Épilepsie (*petit mal, épilepsie cataméniale, épilepsie post-traumatique, prévention des crises du grand mal*)
Œdème cérébral
Hydrocéphalie
- **indications diverses :**
Œdèmes variés
Vertige de Menière
Cirrhoses hépatiques (*sous stricte surveillance*)
Lithiase urique - Goutte

POSOLOGIE MOYENNE :

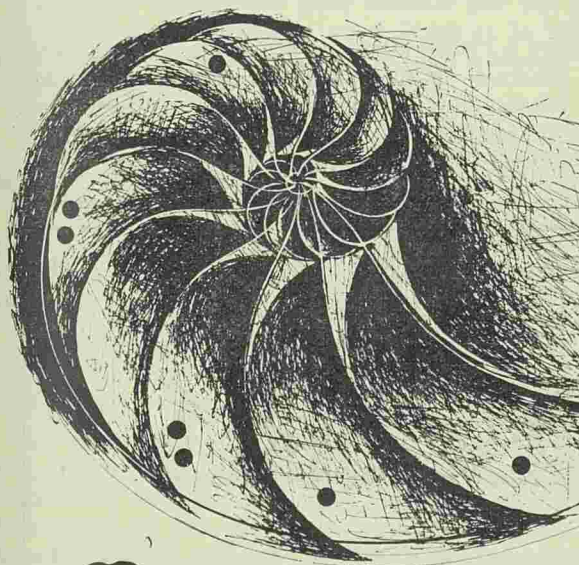
ADULTES :
1 à 2 comprimés par jour
ENFANTS :
5 à 10 mg/kilo par jour

en cures discontinues, sauf
dans l'épilepsie

PRÉSENTATION :

Boîte de 24 comprimés
dosés à 0,25 g d'acétazolamide
(Tableau C)

Remboursé par la Sécurité Sociale A. M. G.
Prix classe 14.



THÉRAPLIX

98, rue de Sèvres - PARIS VII^e - SÉG 13-10

En octobre 1955 : Petite métrorragie après retard de 4 jours, les pertes de sang se prolongeant, elle vient nous consulter seulement en décembre 1955 : Diagnostic clinique = hématoécèle.

L'intervention confirme le diagnostic et l'examen histologique précise que la trompe gauche était tuberculeuse. (D^r Ch. ZÉRAH).

Les fragments de trompe envoyés à l'examen sont constitués par des franges nettement inflammatoires où l'on note la présence de nombreux follicules faites de cellules géantes multinuclées de Langhans. Par ailleurs, on note entre les franges une zone de suffusion hémorragique avec nécrose due probablement à la rupture d'une grossesse tubaire.

En résumé : Il s'agit d'une salpingite tuberculeuse.

* * *

Donc, sur 4 grossesses, 3 étaient extra-utérines.

Ainsi résolu, le problème devient angoissant.

Sans doute, des statistiques aussi heureuses que celles de DELLEPIANE de Turin, laissaient entrevoir une lueur d'espoir pour l'avenir obstétrical des femmes atteintes de tuberculose génitale.

Mais notre modeste statistique, venant après celles des nombreux auteurs cités plus haut, ne semblent pas confirmer l'optimisme des auteurs italiens.

Si la question est encore à l'étude dans les différents Centres gynécologiques, l'impression générale est pourtant la suivante : On doit certes tout faire pour obtenir une grossesse chez les tuberculeuses génitales, mais la chance de guérison fonctionnelle comporte un risque sérieux d'une grossesse « inutile » et dangereuse.

**DORMIR ET TRAVAILLER
AU MILIEU DES BRUITS**

Boules QUIES

**EVITER LES OTITES
EN NAGEANT**

Laboratoires "QUIES" 8, Rue Auguste-Chabrières - PARIS XV

INFORMATIONS.**BOURSE**

J'ai l'honneur de vous faire connaître que le Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales dispose d'une bourse de la F. A. O. d'une durée de 10 mois, réservée à un Pharmacien ou un Docteur en Médecine qui désirerait se consacrer à la Nutrition Humaine.

Les études se feront dans un pays de langue française.

Je vous serais obligé de porter cette offre de bourse à la connaissance de vos confrères et me faire parvenir les candidatures dans les meilleurs délais.

SERVICE DE CONTROLE MEDICAL

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que j'ai décidé de réorganiser sur de nouvelles bases le service de contrôle médical du personnel relevant de mon Département.

Jusqu'ici, ce contrôle était effectué par des médecins recrutés par voie de concours sur titres pour Tunis et la banlieue, pour les villes de Bizerte, Sfax et Sousse. Ailleurs les médecins de la Santé Publique jouaient le rôle de médecin contrôleur.

Ces médecins étaient chargés, en plus du contrôle des demandes de congé de maladie et des contre-visites éventuelles, de l'examen des candidats à un emploi dans l'Enseignement public.

Ce système institué en 1950 n'a pas donné les résultats souhaités, c'est pourquoi je me propose à l'avenir de rétribuer à l'acte les médecins chargés de ce contrôle, et qui seront appelés à procéder aux visites ou contre-visites à la demande des services.

Je vous serais obligé en conséquence de bien vouloir saisir de ce projet les membres du corps médical et me faire parvenir la liste de ceux qui seraient désireux d'être chargés de ce contrôle.

Je serais heureux également de connaître les tarifs qui, à votre avis, devront être payés par l'Administration pour la visite au cabinet du médecin et à domicile, en ce qui concerne la médecine générale et éventuellement les spécialités pour le cas où l'Administration serait amenée à faire appel en dehors des médecins qui seront chargés normalement du contrôle médical, à des médecins spécialistes.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération très distinguée.

Signé : MESSADI.

Angines • Laryngites
Rhino-Pharyngites

Un nouveau collutoire

efficace
incolore
pratique
édulcoré

en **FLACON**
ATOMISEUR PRESSURISÉ

contenant 15 cm³ de solution filtrée à :

hydrocortisone	100 mg
gramicidine	5 mg
sulfate de framycétine	1,25 g
excipient parfumé q.s.p.	100 cm ³

- Sécurité Sociale : Remboursable



SOFRAMYCINE **HYDROCORTISONE** **GRAMICIDINE** collutoire

LES LABORATOIRES ROUSSEL

35, boulevard des Invalides, PARIS-VII^e

ALGER : Société algérienne des Laboratoires Roussel, 28, r. Clauzel

CASABLANCA : Société marocaine des Laboratoires Roussel
382, boulevard Mohammed-V

TUNIS : O. S. P., 10, rue Amilcar

CENTRE PIERRE ET MARIE CURIE

Centre Anticancéreux d'Alger

(Direction : Prof. Ag. BREHANT)

Un concours pour le recrutement d'un Chef de Service des Isotopes Radio-Actifs est ouvert le 13 décembre 1960 au Centre Pierre et Marie Curie.

* * *
* *

Un concours pour le recrutement d'un Assistant d'Oto-Rhino-Laryngologie est ouvert le 13 décembre 1960 au Centre Pierre et Marie Curie.

* * *
* *

Un concours pour le recrutement d'un Chef de Service au Laboratoire d'Histologie et d'Endocrinologie est ouvert le 13 décembre 1960 au Centre Pierre et Marie Curie.

Pour tous renseignements s'adresser à la Direction du Centre, Avenue Battandier, Alger, Téléph. : 66.28.27.

Melleril 10

dragées dosées à 10 mg. de thioridazine

détend le corps et l'esprit

1 à 2 dragées

3 fois par jour aux repas

Remboursé par la S. S.

Prix Classe 3

LABORATOIRES SANDOZ, S. A. R. L. : 6, rue de Penthièvre, PARIS-8^e

Dépositaire général : O. S. P. : 10, rue Amilcar, TUNIS

GRIPPE · REFROIDISSEMENTS



CÉQUINYL

VITAMINE C A HAUTES DOSES
+ QUININE ACTIVÉE (QUINIMAX)
comprimés dragéifiés



Société d'Exploitation des LABORATOIRES DEROL Service des Relations Médicales 66¹¹ rue St Didier PARIS 16^e

Laboratoires LOBICA - PARIS

Distributeurs exclusifs

Laboratoires Pharmaceutiques DEROL 127, rue de Saussure, Paris 17^e

SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS (Tunisie)

PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — ALGER (Algérie)

M. PELISSARD : 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA (Maroc)

FONDATION A. DE ROTHSCHILD — PARIS

Conférences et démonstrations sur :

« **La standardisation et l'accélération des examens biologiques systématiques et à but préventif** »

Du 21 au 26 nov. 1960 (1^{re} Série) — Du 13 au 18 mars 1961 (2^e Série)

(Tous les jours de 10 à 12 h. et de 14 à 16 h.)

par A. SUCHET,

Chef du Laboratoire Clinique,

Rapporteur auprès du C. I. S. B. H.

sur les techniques applicables aux groupes humains.

Ces séances d'étude avec discussions sont destinées plus particulièrement aux Chefs de Laboratoires des Hôpitaux, des Services de Médecine Sociale, des Centres de Transfusion, etc...

PREMIER JOUR :

- L'intérêt du **dépistage systématique** d'états pathologiques encore inapparents, mais à évolution grave.
- L'étude des **difficultés** qui s'opposent au travail correct en série.
- L'**unification du prélèvement et des moyens de contention.**
- La **suppression de l'hémolyse** des échantillons de sang.
- Le **classement des échantillons** sans marquage et la suppression des manipulations individuelles des tubes.
- L'**accélération des répartitions** des liquides.
- La **centrifugation d'un grand nombre** d'échantillons sans déclassement.
- La **colorimétrie** en série.
- Le **lavage des tubes dans leurs porte-tubes** (1.500 à l'heure).

DEUXIEME JOUR :

- Un ensemble de **10 réactions** à partir d'un cc de sang.
- La **sédimentation sanguine en série**, directement dans les tubes calibrés de prélèvement.
- La **recherche de l'anémie** par l'hématocrite sur 200 échantillons en 10 minutes.
- La **détermination des groupes sanguins** en une heure pour 100 échantillons.

TROISIEME JOUR :

- La **sérologie de la syphilis** : 300 réactions (Kolmer, Kline, Suchet) sur 100 échantillons en 2 heures.
- Définition statistique et individuelle de la **valeur des réactions.** Le contrôle annuel des antigènes.
- **Réactions quantitatives** par dilution progressive, à réalisation rapide.

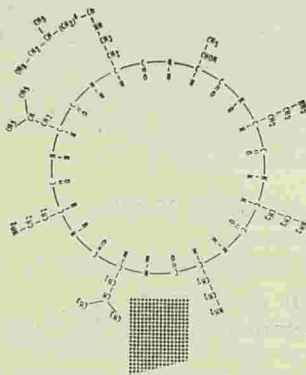
QUATRIEME JOUR :

- Recherche des antistreptolysines sur 100 échantillons à la fois en une heure.
- Recherche en série des lipoprotéines pour le diagnostic précoce de la pré-athéromatose.
- Le sucre urinaire, l'albumine et le sang urinaire en série.
- Prothrombine. Test à l'héparine. La mesure de la viscosité sanguine en série.

CINQUIEME JOUR :

- Numération accélérée des éléments figurés du sang.
- Contrôle de la leucocytose par la sédimentation et de l'anémie par l'hématocrite.
- Organisation de Laboratoires spéciaux d'examens systématiques préventifs, hospitaliers ou non.
- La microradiophoto.
- Classement des réactifs.
- Considération sur l'évolution de la clinique en fonction de nos moyens d'investigation.

Le nombre des participants est limité. Droits d'inscription : 80 NF au Laboratoire, 56, Avenue Mathurin-Moreau, Paris-19^e.



**Le plus puissant des antibiotiques
contre les germes Gram-négatifs,
colibacille, pyocyanique.**

colimycine

COMPRIMÉS 250.000 U. flacons de 30
1.500.000 U. flacons de 10

FLACON-AMPCULE 500.000 U.
1.000.000 U.



LABORATOIRE ROGER BELLON - NEUILLY - PARIS

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille — TUNIS

LIVRES REÇUS.

« Proctologie infantile »,

par A. BENSUADE et P. L. CHIGOT.

L'Expansion, édit.

« La Goutte »,

par S. DE SEZE et A. RYCKEWAERT.

L'Expansion, édit.

— 0 —

Ed. de CARQUOIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISE

- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.

Favorise la diapédèse et la leucocytose.

Prevoque une prolifération rapide des bourgeons charnus.

ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

ULCÉOPLAQUE

2 DIMENSIONS :

ULCÉOPLAQUE N° 1 5 x 6 cm.

ULCÉOPLAQUE N° 2 7 x 9 cm.



Dans chaque boîte : 6 pansements
Pour 20 à 24 jours de traitement

PRODUITS NOUVEAUX

—o—

Les Laboratoires ABBOTT viennent de commercialiser l'ERYTHROCINE I. M. soluté pour injections intramusculaires, en boîtes de 6 ampoules de 2 ml correspondant à 100 mg d'érythromycine-base (remb. Séc. Sociale P. Cl. 18). Elle est indiquée dans la plupart des infections à cocci Gram positif et également dans celles dues à d'autres germes lorsque l'antibiogramme a prouvé leur sensibilité à l'érythromycine.

L'ERYTHROCINE I. M. ne doit être actuellement utilisée que chez l'adulte. La posologie varie de deux à six injections par 24 heures. Il est important que la seringue soit sèche, car la présence d'une faible quantité d'eau risquerait de précipiter le principe actif.

—o—

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. S. MESTIRI — B. HAMZA — R. BEN BRAHEM —
A. CHADLY — A. KHALFAT — L. BENAÏSSA — Ch. TABBANE
— M. ABDELMOULA — P. BIERENT — J. BOUJENAH —
A. CHARRAD — M^{me} J. DAOUD — MM. A. FOURATI —
A. HAGEGE — L. MOATTI — H. RAIS.

Rédaction : Ch. TABBANE

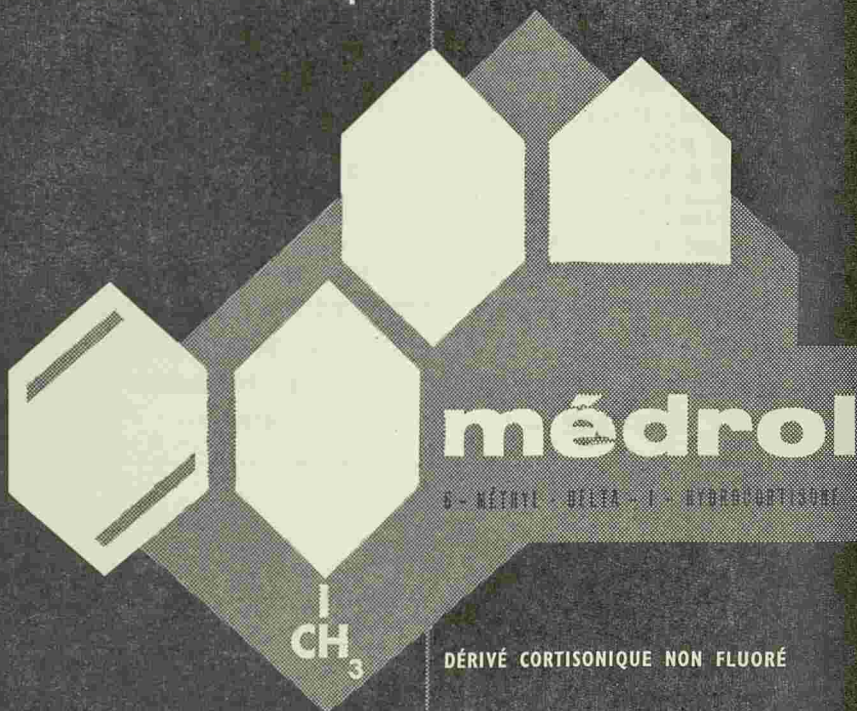
Administration : D^r Amor KHALFAT
M^{me} DOUIEB



Publicité pour la France :

S. BATARD, 33 bis, Avenue Thiers — LE RAINCY (Seine-et-Oise)

en corticothérapie



présente le coefficient thérapeutique le plus élevé

(marge de sécurité maximum
entre effets anti-inflammatoires
et effets secondaires)

460/2

LABORATOIRES

Upjohn

63, BD HAUSSMANN . PARIS 8^e . ANJ. 46-30

BOITE DE 80 COMPRIMÉS SÉCABLES, DOSÉS A 4 mg DE PRINCIPE ACTIF - REMBOURSÉ S.S. P. CI. 29 - AGRÉÉ APRÈS DES COLLECTIVITÉS - A.M.A.

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie, 34, Rue de Marseille — TUNIS

SOMMAIRE (1^{re} Partie)

— 0 —

Premiers résultats en Tunisie d'un nouveau neuroleptique majeur : le 7843 RP., par les Drs Lucien LEVY et Théo MAAREK	513
Les hommes âgés dysuriques. Réflexions tirées de 157 interven- tions sur le carrefour uréthro-prostatique, par le Dr Belhassen CHARBAJI	527
Les intoxications par le thiophosphate de diéthyl et de parani- trophénol en Tunisie, par le Dr Mohsen KCHOUK	535
Maladie de Lobstein ou ostéopsathyrose, par le Dr Victor CORCOS	545

GADÉOL 20

AMPOULE
BUVABLE
SUPPOSITOIRES

VITAMINOTHERAPIE D ET A
SANS RISQUE D'HYPERVITAMINOSE

Biosedra

REF. 250.3

2

*prises
quotidiennes*

DIAMANT



HEXACYCLINE

REMBOURSE S. S. A. M. G.

adultes / **DRAGÉES** : flacon de 16 P. Cl. 23

SIROP : flacon de 160 ml. P. Cl. 23

enfants / **SIROP** : flacon de 60 ml. P. Cl. 12

LABORATOIRES DIAMANT S. A. 63, Bd. HAUSSMANN - PARIS-8° - ANJ. 46-30

SOMMAIRE (2^{ème} partie)

—0—

ANALYSE :

Traitement des cancers : épithéliomas, leucémies, sarcomes, directives médico-chirurgicales,
par le Dr A. CHADLY 549

La méthode épidémiologique dans l'étude des troubles mentaux,
par le Dr Lucien LEVY 553

COMPTE-RENDU :

I^{er} Congrès de Médecine Psychosomatique de Langue Française,
par le Dr Lucien LEVY 555

INFORMATIONS :

III^e Congrès International de l'Association Médicale Internationale pour l'Etude des conditions de Vie et de Santé 561

IV^e Congrès International de Santé Mentale 562

Prix O. R. L. Chibret 1961 563

Livres reçus 564

Annonces 564

504



OTOCONES

UNE NOUVELLE FORME THÉRAPEUTIQUE

*Créée
par les*

**LABORATOIRES
CHIBRET**

BENZO-DODECINIUM	3‰	otites externes et chroniques
CHLORAMPHENICOL DIHYDRO-STREPTOMYCINE	1‰	suppurations chroniques de l'oreille moyenne
HYDROCORTISONE	2‰	eczéma sec et suintant du conduit auditif externe

androtardyl

(œnanthate de testostérone)

**ANABOLISANT EUPHORISANT
TONIFIANT DYNAMOGÈNE**

s' impose en

**MÉDECINE GÉNÉRALE
GÉRIÂTRIE
CARDIOLOGIE
PNEUMO-PHTISIOLOGIE
UROLOGIE
GYNÉCOLOGIE
HÉPATOLOGIE
CHIRURGIE
NEURO-PSYCHIÂTRIE
CANCEROLOGIE
CORTICO-THÉRAPIE**

Ampoules de 1 cc à 50 - 100 - 250 mg
1 injection i.m. par mois

Littérature et échantillons :

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS

13, rue Miollis — PARIS (XV^e) — SUffren 54-94

Premiers résultats en Tunisie d'un nouveau Neuroleptique majeur : le 7843 R P

par les Drs Lucien LÉVY et Théo MAAREK

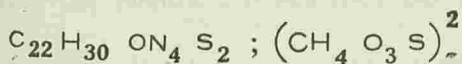
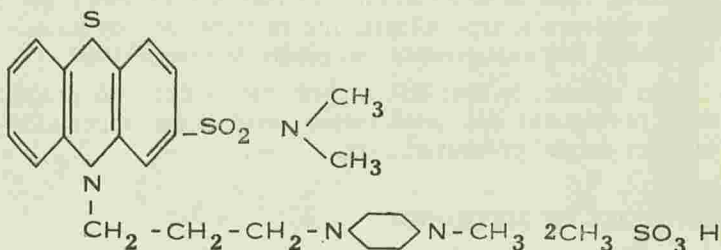
—o—

Nous soumettons l'étude des premiers résultats obtenus dans le Service grâce au 7843 RP. (1). Cette étude s'est poursuivie sur un premier contingent de 31 malades pendant une durée de 8 mois.

Nous pensons que l'importance de ce neuroleptique majeur justifie l'apport de notre propre expérience.

LE PRODUIT.

Le 7843 RP. est le Bis-méthane-Sulfonate de diméthylsulfamoyl-3 (/méthyl -42 pipérazino/ -3' propyl) 10 phénothiazine.



Ce produit continue la série des phénothiazines, il s'apparente à la prochlorpémazine dont elle diffère par la substitution à l'atome de chlore d'une chaîne sulfamidique.

EXPERIMENTATION.

La toxicité aiguë est inférieure à celle de la chlorpromazine. C'est ainsi qu'en I.V. chez le rat la DL_{50} est de 70 mg/kg alors qu'elle est de 50 à 60 mg/kg pour la chlorpromazine.

(1) Commercialisé par les Laboratoires SPÉCIA sous le nom de « Majeptil ». Nous remercions les Laboratoires SPÉCIA de nous avoir fourni un échantillonnage suffisant pour notre étude.

La toxicité chronique révèle « que si la mortalité est nulle chez le chien, la moitié des rats recevant per os 25 mg/kg/jour sont morts vraisemblablement par inanition partielle consécutive à l'état cataleptique provoqué par le produit ».

C'est ce qui nous a conduit à adopter, comme les autres expérimentateurs, une méthode discontinue d'absorption du produit pour pallier la gêne alimentaire due à l'hypertonie des masséters.

DU POINT DE VUE PHARMACODYNAMIQUE.

Le 7843 RP. est discrètement hypotenseur, faiblement antiadrénergique. Il n'est pas anti-histaminique et non hypothermisant. Son activité anti-émétique chez le chien est 156 fois supérieure à celle de la chlorpromazine et 40 fois supérieure à celle de la prochlorperazine.

Plus importantes sont les conséquences motrices obtenues chez l'animal. En effet, le 7843 RP. provoque un état d'akinésie et de catatonie pour des doses de 0,5 à 1 mg/kg chez le rat. Il apparaît également un état d'hypertonie qu'on n'observe pas avec les autres phénothiazines. Chez le singe Rhesus, le 7843 RP. provoque des phénomènes excito-moteurs à type d'instabilité motrice, des dyskinésies avec crise tonique et des mouvements continuels de mastication.

En somme, le 7843 RP. se présente comme un produit très actif, mais provoquant des phénomènes secondaires importants et nécessitant un emploi précautionneux.

MATERIEL ET METHODES.

L'activité expérimentale du 7843 RP., les résultats obtenus ailleurs nous ont conduits à employer des méthodes discontinues par cures. Nous avons le choix entre :

— **Une méthode continue** : cure progressivement croissante, atteignant le stade trismique, puis régressant lentement. Nous avons pu atteindre ainsi des doses maxima de 150 mg/jour.

— **Une méthode discontinue** :

- soit après l'ascension croissante, l'arrêt brutal pendant quelques jours avant la reprise d'une nouvelle cure;
- soit la méthode discontinue totale, c'est-à-dire chaque jour prise de la totalité de la dose le matin au lieu des trois prises quotidiennes;
- soit, enfin, ce qu'on a appelé le chimico-choc, c'est-à-dire prise d'une dose importante, brutale, unique.

Nos résultats immédiats, les conditions d'organisation du Service nous ont conduits à préférer la méthode discontinue avec prise unique journalière.

ANARCHIE DIGESTIVE

LABORATOIRES CHAMBON • PÉRIQUEUX et | RUE DANTON • PARIS

REMBOURSÉ S.S

Gastroléna

rend le jour heureux

- calme les douleurs gastriques,
- atténue et corrige l'hyperacidité du suc gastrique,
- supprime les spasmes de la musculature gastrique,
- favorise l'évacuation physiologique de l'estomac vers l'intestin

2 PRÉSENTATIONS : COMPRIMÉS P. CL. 4 • POUFRE P. CL. 3



TUNISIE : Ets COHEN-JONATHAN - 55, Av. de Londres — TUNIS

En effet, il est constant dans le Service d'accorder des permissions familiales de week-end du samedi matin au lundi matin, surtout pour les schizophrènes et dès que les conditions peuvent en être réalisées (contact admissible, non agitation clastique, proximité de la famille, famille coopérante). Or nous avons vu que la surveillance du malade pendant sa cure de 7843 RP. devait être constante, ce qui nous a fait adopté le schéma suivant :

— Du lundi matin au vendredi matin, la dose du produit est absorbée à 8 heures du matin. Les doses sont croissantes, au début 10 mg avec augmentation de 10 mg par jour pendant la première cure.

— La cure s'arrête le samedi et le dimanche, le malade partant en permission ou participant aux activités de groupe du Pavillon. Pendant ces deux jours, nous donnons habituellement de petites doses de lévopromazine.

— La cure suivante débute le plus souvent à 10 mg, mais la troisième débutera à 20, 30 mg si les résultats ne sont pas patents.

Nous utilisons surtout la voie orale. Cette voie impliquant une collaboration de la part du malade nous a semblé être la meilleure. Il faut signaler que la drogue a toujours été de mieux en mieux acceptée au cours de l'évolution, même dans les cas de négativisme encore persistant.

Au cours des cures, la dose maxima a dû être abaissée progressivement, l'effet cumulatif du médicament se faisant sentir, ceci de façon variable, rarement dès la deuxième cure, le plus souvent après la quatrième.

— Les résultats portent sur l'observation d'un premier contingent de 31 malades hospitalisés dans le Service.

Ces malades âgés de 16 à 53 ans, comprennent : 26 hommes, 5 femmes.

Ils ont été suivis pendant une période allant de 2 à 8 mois.

— Pendant toute la durée du traitement les malades ont été examinés quotidiennement au point de vue somatique : réflexes, sensibilité, motricité.

Le pouls, la température, la T.A. étaient également pris trois fois par jour.

Le plus souvent un E.E.G. a été pratiqué après les cures, quelquefois avant et après les cures.

Au point de vue humoral, on pratique les taux de prothrombine, temps de Quick, numération et formule sanguine avant et après les cures.

Enfin, un bilan général pratiqué chaque semaine, rassembla :

- l'évolution somatique;
- l'évolution psychique;
- le comportement dans les ergothérapies et activités de groupe;
- le comportement en milieu familial.

EFFETS SECONDAIRES DUS AU MÉDICAMENT.

Nous avons retrouvé toute la série motrice se déroulant avec une certaine régularité déjà décrite ailleurs, c'est-à-dire, le syndrome akinétique sans hypertonie, le syndrome akinéto-hypertonique et surtout le syndrome hyperkinéto-hypertonique ou tasikinésie de Sicard.

Par contre, le syndrome excito-moteur est imprévisible et survient dès la première cure, pour des doses très faibles, disparaissant avec l'augmentation des doses. Ceci nous a conduit à le provoquer dans certaines mélancolies avec des doses de l'ordre du milligramme. Il se présente non seulement sous forme de tremblements, de myoclonies légères à localisation bucco-laryngo-masticatrices, mais également d'euphorie psychique, d'un véritable accès maniaque mineur.

Lorsque l'imprégnation atteint un degré que nous jugeons maximum, l'alimentation du malade est difficile. La face est amimique, les gestes lents et difficiles, l'ouverture de la bouche pénible, les mouvements de mastication ralentis, diminués, difficiles. Il existe même des troubles du premier temps de la déglutition.

On concevra que ces troubles rendent l'alimentation difficile, nécessitent la surveillance infirmière constante, et nous incite à supprimer les drogues. Dès le lendemain tous les troubles disparaissent complètement.

Au point de vue végétatif. — Il y a eu peu de variations importantes ou significatives. Le taux de la pression artérielle ne s'abaisse jamais de plus de 1 à 2 points, mais par contre chez 18 malades on observa un certain pincement tensionnel. Le pouls est ralenti, mais modérément, reprenant son rythme antérieur en fin de journée. La température ne subit pas de changement important.

Au point de vue E.E.G. — Le ralentissement du rythme α a été observé, mais surtout on nota une augmentation de sa richesse, avec réapparition du rythme α dans les cas de tracé antérieur désynchronisé. A la fin de la cure, la richesse en rythme α se maintient. Il n'y eu jamais, sauf en cas d'épilepsie antérieure, apparition de pointes.

Chez les épileptiques une certaine tendance à la diminution des bouffées pointues s'est manifestée sans augmentation du traitement anti-comitial.

le couronnement de la corticothérapie anti-inflammatoire



DÉCADRON

comprimés à 0,1 et 0,5 mg

- plus, rapidement efficace,
- plus facilement maniable,
- mieux supporté,

à des doses 5 à 10 fois moindres que la prednisonne.

DÉCADRON (*normal*), boîte de 40 comprimés à 0,5 mg (P. cl. 29)

DÉCADRON *dosage FAIBLE* boîte de 40 comprimés à 0,1 mg (P. cl. 6)

3.000 fois plus soluble que l'hydrocortisone

SOLU DÉCADRON

injectable

Sel disodique du 21 ester monophosphorique d'hexadécadrol

- effet thérapeutique immédiat,
 - parfaite tolérance, injection indolore,
 - une seule présentation prête à l'emploi,
- pour les urgences ou les traitements locaux.*

boîte de 3 amp. de 1 cm³ contenant 4 mg de phosphate d'hexadécadrol (P. cl. 28)

toutes les indications de la corticothérapie en dermatologie

SOLU DÉCADRON

crème

- principe actif anti-inflammatoire, anti-allergique, anti-exsudatif, anti-prurigineux, totalement soluble;
- excipient de parfaite tolérance.

Tube de 5 g de crème dosée à 1‰ d'hexadécadrol (P. cl. 9)

Dd-SDde-SDd-i-34



Agréés par la Sécurité Sociale et les Collectivités

TOUTES LES FORMES
de l'*hypertension artérielle*

DÉCASERPYL

hypotenseur réserpinique
non dépressif

Boîte de 30 comprimés,
avec barre de cassure,
dosés à 5 mg de
10-méthoxy-
déséripidine

30 mg par jour
en moyenne

Sécurité Sociale : Remboursable

LES LABORATOIRES ROUSSEL

35, boulevard des Invalides, PARIS-VII^e

ALGER : Société algérienne des Laboratoires Roussel, 28, r. Clauzel

CASABLANCA : Société marocaine des Laboratoires Roussel
382, boulevard Mohammed-V

TUNIS : O. S. P., 10, rue Amilcar



RESULTATS ET DISCUSSION.

Avant d'aborder l'étude de nos cas, il nous a semblé devoir préciser les impressions générales se dégageant de notre étude.

— Il semble que dans la plupart des cas, c'est à l'arrêt du médicament que l'amélioration maxima apparaît. Néanmoins quelquefois cette amélioration, surtout dans les schizophrénies d'apparition récente, se fait sentir dès le troisième ou quatrième jour du traitement.

— Dans certains cas, l'amélioration n'apparaît qu'après une phase d'accentuation des symptômes, allant même chez certains de nos schizophrènes jusqu'au gâtisme. Il faut savoir persévérer et continuer les cures.

— Quelquefois des bouffées anxieuses apparaissent, allant jusqu'à un véritable syndrome mélancolique.

— Enfin, les résultats peuvent n'apparaître qu'après la quatrième ou cinquième cure. Chez un de nos schizophrènes, asilé depuis 1946, il nous a fallu attendre la cinquième cure pour voir se dessiner une amélioration qui fut spectaculaire et qui se maintient.

On peut dire qu'avant la cinquième cure on ne peut affirmer l'échec du médicament.

Enfin nous n'avons jamais donné de doses d'entretien même minimes devant les difficultés existant de suivre les malades et nous assurer de la prise effective du médicament.

Nos premiers résultats ont été groupés dans un tableau synoptique :

	Nombre de cas	Amélioration complète	Nette amélioration	Amélioration partielle	Echecs	Aggravation persistante
— Schizophrénie asilée . . .	6		2	1	1	2
— Hébéphrénocatatonie . .	6		3	1	2	
— Schizophrénie simple . . .	11		8	3		
— Paranoïde	1		1			
— Etat mélancolique profond	2	1	1			
— Epilepsie	3	1	2			
— Hypochondrie	1	1				
— Hystérie	1		1			
Totaux	31	3	18	5	3	2

SCHIZOPHRENIE.

Nous avons choisi pour notre premier groupe surtout des schizophrènes, la plupart ayant déjà subi les traitements classiques, cure de Sakel, électro-chocs, neuroleptiques.

C'est dans ce groupe que les résultats les plus spectaculaires ont eu lieu.

Observation 11. — Abdellaziz entre dans le Service le 12-10-1949 avec le certificat :

« Dépression mélancolique atypique avec bradypsychie, inactivité, indifférence, semi-mutisme ».

Il subit une cure de Sakel de 70 comas sans résultat, la sysmothérapie lui fut également appliquée.

Nous le retrouvons dans le Service dans un état de déchéance physique importante, pré-catatonique, il est gâteux, mutique et présente des stéréotypies importantes.

Il est mis au 7843 RP. :

— Au premier jour de la deuxième cure, le mutisme disparaît, le contact s'établit légèrement.

— Au deuxième jour de la deuxième cure, il présente une phase d'expansivité délirante.

— Au troisième jour de la troisième cure, on note une volubilité intermittente.

— Au cinquième jour de la quatrième cure, il y a apparition d'hallucinations, anxiété, agitation motrice.

— Dès la cinquième cure, on note une reprise du contact, le malade peut aller à l'ergothérapie et faire partie de l'équipe de football.

— A l'arrêt du traitement, l'amélioration s'accroît, Abdellaziz participe aux fêtes de l'hôpital. Il contribue aux émissions de radio du Service. Enfin, il sort dans sa famille avec un traitement ambulatoire de lévopromazine et commence à travailler aux champs avec son père.

Observation 15. — Soussi entre dans le Service le 26-5-59 pour schizophrénie ancienne (première hospitalisation en 1951), à rechute, en état de catatonie.

Le 31-5-60 il est mis au 7843 RP. et subit trois cures avec la symptomatologie habituelle :

— Après la 3^e cure, nettement amélioré, il participe à la vie du Pavillon. Il est mis à la lévopromazine à raison de 75 mg par jour et travaille à la ferme.

— Le 26-8-60, il sort pour aller dans sa famille où il se maintient. Il a trouvé du travail et est suivi régulièrement.

Observation 17. — Ali entre dans le Service le 11-2-1957 avec le diagnostic de schizophrénie simple.

Le 13-4-60 il est mis au 7843 RP., dont il subit deux cures.

Le 2-6-60, il sort stabilisé avec un traitement ambulatoire et est suivi régulièrement.

* * *

Les résultats dûs au 7843 RP. semblent meilleurs dans les poussées aiguës de la maladie, mais sont plus spectaculaires dans les formes anciennes de schizophrénie, chez ces sédiments des asiles qui ont subi déjà tous les traitements et sur lesquels on est poussé à tenter un nouveau traitement.

Nous pouvons conclure, que grâce au 7843 RP., le contact, la sociabilité deviennent meilleurs, et permettent à l'organisation social-thérapeutique du Service de jouer son rôle.

Mais il est indispensable de savoir poursuivre les cures et de s'assurer un recul suffisant pour juger de l'efficacité du 7843 RP. sur ces formes.

EPILEPSIE.

Nous avons employé le 7843 RP. à faible dose, de l'ordre d'un mg par jour pour traiter les troubles caractériels de ces épileptiques, les impulsions clastiques, la viscosité. Les trois malades traités ont été améliorés.

Observation 31. — Victor entre dans le Service le 18-9-60 avec le certificat :

« Troubles du comportement, agitation, brutalités, scandales, viscosité. Epilepsie temporale ».

L'épilepsie temporale est clinique et électro-encéphalographique.

Dès les premiers jours, l'agitation est importante, les disputes avec ses camarades nombreuses. Le traitement anti-épileptique comprend :

- Mysoline, 3 comprimés.
- Hydantoïne, 2 comprimés.
- Epiclase n° 2.

Devant la persistance des troubles du comportement, Victor est mis au 7843 RP., en débutant à 1 mg/jour pour atteindre 5 mg en fin de cure,

Dès la deuxième cure il est nettement amélioré.

On arrête le traitement après la troisième cure.

Ce malade devient le boute-en-train du Pavillon, participe à toutes les activités et peut sortir d'abord en permission de week-end, puis actuellement, pour des permissions d'un mois. Son comportement se maintient sans cure d'entretien au 7843 RP.

ETAT MELANCOLIQUE.

Il nous a semblé, qu'à faibles doses, semblables à celles employées chez les épileptiques, nous avons pu faire céder ces états même profonds et ayant rechuté rapidement après les cures d'électro-chocs.

HYSTERIE.

Nous n'avons utilisé le 7843 RP. que dans un seul cas pour cette étude.

Observation 21. — Hamouda entre dans le Service le 24-6-60 avec le certificat « hystérie de conversion », avec grandes manifestations motrices, chutes, convulsions, il se déchire le visage, les vêtements.

Cet état cède dès la deuxième cure de 7843 RP. et le malade sort le 15-7-60. Depuis, son état est normal.

Nous aurons probablement l'occasion de revenir sur ces états dans l'étude que nous poursuivons dans le Service sur les états d'hystérie de conversion chez l'homme.

CONCLUSIONS.

Le 7843 RP. est un neuroleptique majeur. Son action complexe et mal élucidée est puissante, mais les effets secondaires importants nécessitent une surveillance hospitalière constante.

Le traitement doit être discontinu, prolongé pendant longtemps, avant de juger de son efficacité.

Les résultats thérapeutiques s'observent avec le maximum d'effet à l'arrêt du traitement. Nous ne pensons pas qu'un traitement continu s'impose et nous proposons de lui adjoindre, après les cures et en traitement ambulatoire, de la lévopromazine, plus maniable et moins dangereuse.

Le champ d'action du 7843 RP. doit s'étendre encore, et l'éventail des psychoses justiciables de cette thérapeutique doit s'élargir.

Enfin, nous entreprenons à l'heure actuelle, l'étude de ses indications dans les différentes névroses et les premiers résultats semblent encourageants.

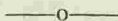
(Service D, Hôpital Razi, La Manouba).

BIBLIOGRAPHIE

1. GIRAUD R., GIRARD V., JANET R., ROUIF J. : « Nouvelle conception thérapeutique en psychiatrie. Le chimio-choc sans perte de conscience avec le 7843 RP. ». Ann. Méd. Psych. 1959, T. I, p. 160.
2. GIRAUD R., GIRARD V., JANET R., ROUIF J. : « Le chimio-choc au 7843 RP. ». Ann. Méd. Psych. 1959, II, n° 1, p. 45 à 72.
3. DELAY J., DENIKER P., ROPERT R., BARANDE R., EURIEULT M. : « Syndromes neurologiques engendrés par un nouveau neuroleptique majeur, le 7843 RP. ». Compte-rendu du Congrès de Psychologie et Neurologie de Langue Française, LVI^e Session. Masson, Edit., 1959.
4. DELAY J., DENIKER P., ROPERT R., BARANDE R., EURIEULT M. : « Effets psychiques de la nouvelle phénothiazine sulfamidée 7843 RP. ». Compte-rendu du Congrès de Psychologie et Neurologie de Langue Française, LVI^e Session. Masson, Edit., 1959.
5. DENIKER P. : « Méthode et analyse des troubles mentaux induits par les substances psychotropes chez l'homme ». Premier Congrès International de Neuro-Psycho-Pharmacologie, Rome, in « Presse Médicale », 1959, 67, 1, p. 24.
6. DESHAIES G., BENDA Ph., Mlle TARDY C., CARROT P. : « De la tactique d'administration du 7843 RP. ». Ann. Méd. Psych. 1959, II, n° 5, p. 901-908.
7. FLUEGEL F. : « Thérapeutique par médication neuroleptique obtenue en réalisant systématiquement des états parkinsonniens ». Colloque International sur les Neuroleptiques, Paris, 1955, in « Encéphale », 1956, N° spécial, p. 790-792.
8. PERRIN J., LAMBERT P., BROUSOLE P., BALVET P., BEAUJARD H., REVOL L., ACHAINTE A., BERTHIER C., REQUET A. : « Etude clinique d'un nouveau neuroleptique, le 7843 RP. A propos de 90 observations : I. Résultats cliniques et pharmacodynamie originale; II. Maniement. Correction des complications neurologiques. Conclusions ». LVI^e Session du Congrès de Psychologie et Neurologie de Langue Française, 1958. Masson, Edit., Paris, 1959, p. 794-804.
9. SICARD A. : « Akathisie et tasikinésie ». « Presse Médicale », 1923, n° 23, p. 265.

TABLETTES CAVED - (S)

au Suc de Réglisse déglycyrrhizinisé



TRAITEMENT DES GASTRITES, GASTRITES SURAJOUTEES,
GASTRITES MEDICAMENTEUSES.

PROTECTION DE LA MUQUEUSE GASTRIQUE
CONTRE LES INCIDENTS DIGESTIFS
PROVOQUES PAR LES ANTI-INFLAMMATOIRES

Laboratoires de l'AMBRINE : 22, Rue Perceval, Paris-14^e

TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Avenue de Londres — TUNIS

0,50 G 1.M
1 G 1.M

STREPTODUOCINE

BIPENICILLINE ^{2/3}

Sarbach

L'ASSOCIATION
PÉNICILLINE STREPTOMYCINE
DE **SÉCURITÉ**

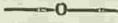


ALGERIE : Ets PHARMOFFICE — 1, Boulevard Bugeaud — ALGER
TUNISIE : PROPBARMA — 4, Pas, d'Elbe (43, R. Moktar Attia) — TUNIS
MAROC : Société Interfar — 9-11, Rue de Colmar — CASABLANCA

Les hommes âgés dysuriques

Réflexions tirées de cent cinquante sept (157) interventions sur le Carrefour Uréthro-Prostatique

par le Dr B. CHARBAJI



Nous laissons volontairement de côté la dysurie du sujet jeune pour ne considérer que les sujets âgés dysuriques.

L'étude de la statistique ci-jointe (statistique des années 1957-58-59 du Service d'Urologie de l'Hôpital Aziza Othmana) peut être divisée en trois paragraphes :

- l'adénome prostatique;
- la dysectasie du col vésical;
- le rétrécissement urétral compliqué.

I. L'adénome prostatique, s'il est la cause la plus fréquente de la dysurie chez les sujets âgés, ne représente que les 67 % des cas. L'hypertrophie prostatique, maladie de l'homme vieillissant, est fréquente. Elle trouble la miction normale et gêne l'évacuation vésicale jusqu'à provoquer la rétention vésicale complète.

Histologiquement c'est une tumeur bénigne, un adéno-fibro-myome. C'est une tumeur clivable. L'importance thérapeutique de cette notion est fondamentale :

— La masse extraite, traversée de part en part par l'urètre, ressemble tantôt à une sphère, tantôt à une grappe. Mais son aspect le plus typique est réalisé par l'accolement de trois lobes (75 %) : deux latéraux surplombés par le lobe médian.

— La cavité restante est parfois le siège de petits adénomes miniatures. Le verumontanum est intact, ainsi que les canaux éjaculateurs.

— L'orifice cervical s'élève, il est toujours perméable au doigt.

— L'urètre prostatique subit des modifications que l'urétrographie permet de saisir sur le vif.

— La vessie a une paroi modifiée : colonnes, cellules, diverticules.

Les orifices urétéraux sont plus éloignés du col que normalement.

Les rapports respectifs de l'adénome prostatique et de la vessie ont une grande importance évolutive et thérapeutique.

Certains adénomes évoluent dans la vessie, d'autres sous la vessie, sous le trigone qu'ils soulèvent.

La musculature de la voie excrétrice en amont de l'adénome reste normale plus ou moins longtemps, puis s'hypertrophie et se laisse forcer et dilater. Le rein sécréteur subit le contre-coup de cette distension.

Cliniquement les signes révélateurs sont le plus souvent :

— La pollakiurie de la deuxième moitié de la nuit, avec retard dans l'apparition du jet (dysurie initiale). La pollakiurie diurne est un signe tardif et qui traduit souvent, mais non toujours, la présence d'un résidu. La douleur mictionnelle est plus rare, à moins d'une complication surajoutée (adénomite, calcul vésical).

— La rétention d'urine d'apparition subite.

— L'hématurie initiale ou terminale, abondante, elle devient totale; mais avant d'affirmer l'origine prostatique d'une hématurie totale, il faut acquérir la certitude qu'il n'existe ni papillome vésical, ni cancer du rein.

C'est le toucher rectal combiné au palper hypogastrique qui permet de reconnaître les caractères homogènes et régulièrement élastiques de l'adénome.

Lorsque la masse présente une consistance inégale, des noyaux durs, c'est au cancer de la prostate qu'il faut penser. L'élévation franche des phosphatases sanguines acides et surtout certaines données urographiques sont en faveur de l'adéno-carcinome, dont la preuve formelle sera histologique (examen microscopique systématique des pièces opératoires d'adénomectomie).

Si le toucher rectal ne révèle pas l'hypertrophie prostatique chez le dysurique et si l'explorateur à boule olivaire franchit normalement l'urètre antérieur, il faut explorer le système nerveux central. Et on ne connaît que trop la dysurie du tabès.

Parfois des dysuriques sont atteints d'adénomes en miniature ou d'« adénome médian » formant clapet, ou d'adénome intra-urétral. Il faut pour éclairer le diagnostic pratiquer une urétrographie et une urétroscopie.

L'évolution de l'adénome est variable.

La dysectasie n'est pas proportionnelle aux dimensions de l'adénome.

Les petits adénomes, les lobes médians, les adénomes de situation intra-urétrale provoquent des troubles de la miction habituellement plus précoces et plus graves que les gros adénomes. En particulier la stagnation vésicale avec distension urinaire, forme la plus sévère de la dysectasie, et qui appartient surtout à l'histoire des scléroses cervicales, complique le petit adénome plus souvent que le gros.

L'adénomectomie tire sa légitimité des raisons suivantes :



Griséfuline

(GRISEOFULVINE)

Un nouvel antibiotique actif et bien toléré pour
le traitement des :

- ❖ teignes
- ❖ mycoses cutanées superficielles et profondes
- ❖ mycoses interdigitales
- ❖ onychomycoses

Comprimés sécables dosés à 250 mg de Griséfuline
(flacons de 32 comprimés).

Adultes : dose moyenne : 1 g par jour, soit 4 comprimés
en deux prises au début des repas.

Enfants : 0,250 à 0,500 g par jour, soit 1 à 2 comprimés
en deux prises au début des repas.

Laboratoires CLIN-COMAR, 20, rue des Fossés-St-Jacques — PARIS-5^e

**Nouveau diurétique non mercuriel
actif par voie orale**

Diurzilix

CHLOROTHIAZIDE

- *Augmente d'une façon rapide, puissante et constante, l'élimination du chlore, du sodium et de l'eau.*
- *Abaisse la tension artérielle chez les hypertendus (seul ou en association avec les hypotenseurs classiques).*

2 indications majeures

ŒDÈMES

- **Insuffisances cardiaques.**
- **Syndrome néphrotique.**
- **Tension prémenstruelle.**

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

- Hypertension légère ou modérée.
- Hypertension sévère ou maligne (en association avec les hypotenseurs classiques).
- Hypertension gravidique (en association avec le Diamox).

Posologie

0,50 g à 2 g par jour (1 à 2 comprimés une à deux fois par jour), le plus souvent en cures discontinues

Présentation

Flacon de 20 comprimés dosés à 0,50 g de chlorothiazide

THÉRAPLIX

98, rue de Sèvres, Paris 7^e - Tél. : SÉGur 13-10

— Un résidu vésical clair important ou un résidu trouble quel que soit son volume.

— La présence de calculs vésicaux.

— La suspicion de la dégénérescence.

— La répétition des crises de rétention complète aiguës.

— Le retentissement rénal apprécié à l'urographie, même sans résidu vésical.

— L'acuité des signes fonctionnels (pollakiurie, dysurie) troublant le sommeil ou la vie sociale.

II. **La dysectasie du col vésical** pure ou associée à d'autres affections (calculs vésicaux, prostatite, diverticules vésicaux) représente sensiblement 20 % des cas.

La dysectasie du col vésical se définit comme un trouble physiopathologique, quelle que soit son origine et quelle que soit son interprétation, qui s'oppose à la libre ouverture du col vésical au moment de la miction. Ce trouble peut être engendré par :

— Un lobe prostatique médian.

— Une sclérose inflammatoire ou cancéreuse du col vésical qui font perdre au sphincter lisse sa souplesse.

— Un trouble de l'innervation du col vésical.

Cliniquement la dysectasie se traduit :

— Soit brutalement par rétention vésicale aiguë.

— Soit insidieusement : pollakiurie et dysurie; puis lorsque la vessie se fatigue : apparition d'un résidu vésical.

Les conséquences vésicales de la dysectasie (observées dans notre statistique) :

— Hypertrophie du détrusor.

— Vessie à cellules et à colonnes observées dans la majorité des cas.

— Diverticules vésicaux (2,66 %).

— Calculs vésicaux (4,66 %).

III. **Le rétrécissement urétral compliqué** chez les dysuriques âgés de notre étude : nous avons rencontré dix cas (soit 6,66 %) de rétrécissement urétral associé à une dysectasie du col vésical en amont.

Il s'agit d'un rétrécissement scléro-inflammatoire blennorragique qui s'observe chez l'homme âgé comme chez le jeune.

Les symptômes du rétrécissement apparaissent plus ou moins longtemps après la gonococcie causale. Dans nos observations, le rétrécissement urétral est compliqué d'une prostatite (par diffusion inflammatoire).

toire), d'une vessie à cellules et à colonnes, ou associé à un adénome prostatique.

Comme il faut explorer l'urètre de tout dysurique, il faut aussi rechercher les associations ou les complications prostatiques ou vésicales en amont du rétrécissement éventuel.

C'est la notion fondamentale qui ressort de nos observations. Cette recherche doit être clinique, radiologique et si possible, endoscopique

Exemple : M. Moh. B. Ma..., père de six enfants, âgé de 55 ans, demeurant dans la proche banlieue de Tunis.

— Le 25-8-60 : Tableau dramatique de rétention vésicale complète. Le sondage vésical est impossible.

L'explorateur à boule olivaire révèle un rétrécissement urétral infranchissable.

Le patient a été transporté à l'Hôpital Aziza Othmana où il a subi une cystostomie d'urgence (opérateur : CHARBAJI). L'exploration intravésicale révèle un énorme adénome à développement uniquement intravésical. On se propose d'enlever l'adénome dans un 2^e temps.

— Le 2-9-60 : Adénomectomie, technique habituelle, suites opératoires normales.

— Le 28-9-60 : M. Ma... quitte l'hôpital complètement guéri.

Tableau de 157 interventions
sur le carrefour uréthro-prostatique des années 1957-58-59
du Service d'Urologie de l'Hôpital Aziza Othmana

Adénomes prostatiques francs	94 cas	62,66 %	} 67 %
Adénomes + calculs vésicaux	4 cas	2,66 %	
Adénomes + polypes vésicaux	2 cas	1,33 %	
Dysectasie du col vésical	10 cas	6,66 %	} 20 %
Dysectasie + calculs vésicaux	7 cas	4,66 %	
Dysectasie + diverticules vésicaux ..	4 cas	2,66 %	
Dysectasie + prostatite calculeuse ..	5 cas	3,66 %	
Rétrécis. urétral + Dysec. en amont	10 cas	6,66 %	
Urètres purs (rétrécissement)	11 cas	7 %	} 13 %
Dysurie chez les anciens opérés	6 cas	4 %	
Cancer de la prostate	4 cas	2,66 %	

Ainsi dans ce cas cité comme exemple, les données du toucher rectal sont faussées par le globe vésical, l'urètre est infranchissable, vu la présence du rétrécissement.

C'est l'exploration digitale endo-vésicale lors de la cystostomie, qui a révélé l'adénome prostatique à développement uniquement intra-vésical.

Done, si chez le sujet jeune la cause la plus fréquente de la dysurie est le rétrécissement urétral améliorable par les dilatations et la chimiothérapie, chez le sujet âgé, il faut toujours rechercher l'affection prostatato-vésicale en amont du rétrécissement urétral.

Dans la majorité des cas, les dilatations urétrales et la chimiothérapie ne suffisent pas à faire regresser la dysurie des sujets âgés. Outre les dilatations et la chimiothérapie, l'ablation d'un adénome prostatique, la résection du col vésical, sont la plupart du temps nécessaires pour guérir la dysurie comme le prouve la statistique de ces trois années.

Dr Belhassen CHARBAJI.

(Travail du Service d'Urologie de l'Hôpital Aziza Othmana).

Adultes

3 à 5 cuillerées
à café par 24 h

S I R O P

Bébés - Enfants

1 à 3 cuillerées
par 24 h selon âge

ANTIHISTAMINIQUE DE SYNTHÈSE

MÉRÉPRINE

P. Cl 3

A ACTION SEDATIVE DOUCE

DE GOUT TRÈS AGREABLE

LABORATOIRES TORAUDE — PARIS-V^e

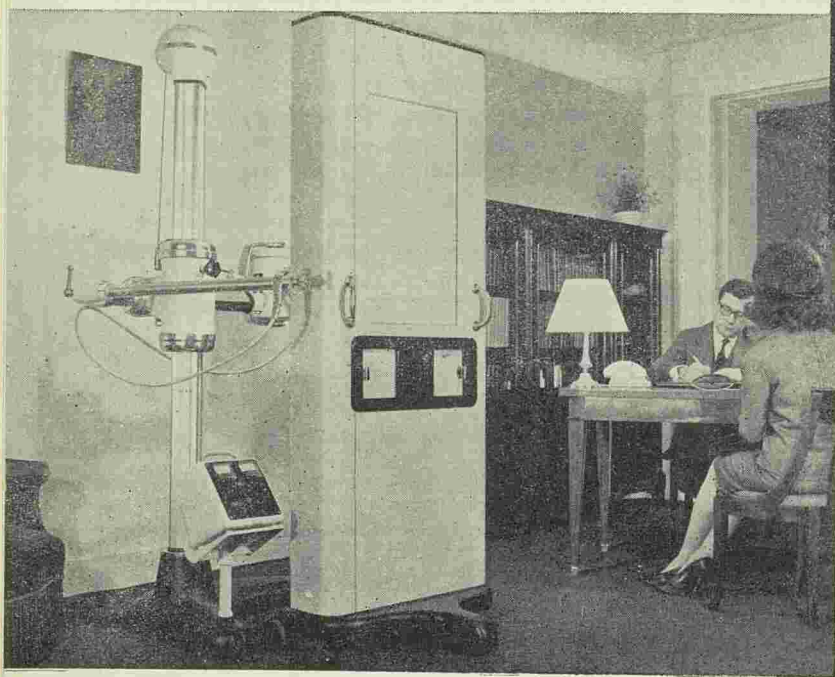
TUNISIE — SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS

dioscopie

sécurité du diagnostic

radiogroupe

vosre sécurité



demandez notre documentation
"jeune médecin"

MASSIOT PHILIPS

MATÉRIEL MÉDICAL

40 avenue hoche paris 8 centre

MASSIOT - PHILIPS : Rue des Hortensias, Nouvelle Ariana — TUNIS

Les intoxications par le Thiophosphate de diethyl et de paranitrophénol en Tunisie (1)

par le Dr Mohsen KCHOUK

—o—

Dans les villes et les campagnes de Tunisie nous assistons depuis quatre ans à une série de morts violentes dues à un insecticide organophosphoré : le « Parathion ». Présenté sous les formes les plus diverses : « Rhodiatox », « Typhon », « Poudre mouillable », il est à la portée de toutes les bourses, et rares sont les agriculteurs ou même les « jardiniers du dimanche » qui ne disposent pas de ce produit très répandu actuellement dans le monde, notoirement efficace contre toutes sortes d'insectes, mais aussi hélas !, contre les mammifères y compris l'homme.

Nous avons vu aux alentours de certains quartiers populeux, des marchands à la sauvette, proposer à tout venant, des petits paquets de poudre violette; dans certaines épiceries rurales nous avons été surpris de constater la présence de sacs entiers de poudre insecticide à côté de sacs de farine ou de sucre; les paysans, pour un prix modique, peuvent ainsi se débarrasser de leurs fourmis et de leurs puces : c'est d'ailleurs sous le vocable « poudre antifourmis » que tout le monde connaît cette substance redoutable.

Les âmes en peine, les maris jaloux, les épouses délaissées, connaissent maintenant les qualités toxiques du parathion et les appliquent parfois avec un réel succès, puisque nous avons pour notre part, identifié vingt fois le toxique dans les viscères et quinze fois dans divers produits alimentaires.

Les intoxications délibérées dans un but suicide qui ont été en vogue jusqu'à une période récente sont redevenues rares; nous pensons que c'est surtout l'efficacité du produit qui rebute les candidats au suicide.

Le médecin d'un petit village dans le Nord Tunisien nous a confié avoir observé entre 1956-1959 plus de quinze cas d'intoxications dont trois mortels (suicides pour la plupart).

Les viscères ne sont jamais parvenues au laboratoire, car à l'autopsie, la présence d'une poudre violacée dans l'estomac, suffisait à l'édifier sur la nature du poison ! Les rapports d'autopsie concluaient donc... « mort consécutive à l'absorption de poudre antifourmis », laquelle était d'ailleurs censée renfermer du D.D.T....

(1) Ce produit est connu sous le nom de « Parathion ».

Le Secrétariat d'Etat à l'Agriculture a communiqué les renseignements suivants à la suite d'une enquête demandée par l'O.M.S. en juillet 1958 : (*)

« ...Lors de la campagne antiacridienne de 1955, pendant laquelle une consommation importée d'esters phosphoriques (Parathion) a été faite, quelques cas sérieux dont un, mortel, ont été enregistrés :

« 1° Sur des ouvriers travaillant aux poudres pendant de longues périodes (15 à 20 jours) et en plein été, sans vêtements protecteurs; en raison de la chaleur le parathion agit alors principalement en pénétrant par les pores de la peau, en particulier sous les aisselles et dans l'entre-jambe (zones de transpiration intense).

« 2° Un jeune enfant, en ingérant imprudemment une dose indéterminée de parathion pendant la campagne antiacridienne est décédé en 1955.

« 3° L'utilisation d'émulsions concentrées de parathion pour la lutte par avion contre les étourneaux, semble avoir provoqué quelques affections sans gravité aux yeux du pilote ».

Nous eûmes à connaître au cours de nos expertises toxicologiques bien d'autres cas encore où la responsabilité du parathion a été chimiquement prouvée; nous citerons les plus caractéristiques :

— Un vieil homme désireux de venger son honneur bafoué, décide d'envoyer de vie à trépas, sa trop jeune et jolie épouse. Il lui prépare soigneusement un « chocolat au lait »; l'épouse meurt trois heures après dans d'atroces souffrances. L'analyse du restant de la tasse et du contenu ne laissant aucun doute sur l'empoisonnement par le parathion.

— Un ouvrier agricole est chargé par son patron de l'épandage d'une poudre à 1 % de parathion. Malgré les directives de l'employeur, le malheureux ne prend aucune précaution; il travaille en tricot de peau par une chaude journée du mois d'août et transpire abondamment, autant de facteurs adjuvants de l'intoxication. Le soir-même il se plaint de malaises et meurt dans la nuit. La recherche du parathion dans les viscères s'avère positive.

— Trois ouvriers agricoles de 22, 23 et 26 ans ont été occupés toute la journée à répandre une poudre à 1 % de parathion « Typhon » sur une culture d'artichauts dans les environs de Tunis. Après la soupe du soir mangée en commun ils s'endorment, mais le lendemain sont pris de vomissements, douleurs abdominales, etc... ils ne se présentent pas au travail et deux d'entre eux meurent durant le transport à l'hôpital; le troisième, hospitalisé, succombe quelques heures après.

Un dosage du parathion dans les restes du repas et dans le contenu des 3 estomacs nous donnent les chiffres respectifs de 200, 9,5, 3 et 2,5 mg de parathion.

(*) Nous tenons à remercier le Dr A. DALY, Inspecteur-Divisionnaire au Secrétariat d'Etat à la Santé Publique qui a bien voulu nous faire part de ces renseignements.

"ROCHE" présente

B₁ B₆

Synergie antinévritique

Comprimés laqués dosés à 250 mg de chaque vitamine

Etui de 20 - Prix : Classe 18

Remboursé par la Sécurité Sociale

« Agréé à l'usage des Collectivités Publiques »

PRODUITS "ROCHE" S.A., 10, RUE CRILLON, PARIS-4^e

Encore un ?
ANALGÉSIQUE

OUI...
mais



Traitement
NOUVEAU

COMPRIMÉS ANALGÉSQUES
CEPHYL



INDICATIONS

CÉPHALÉES - MIGRAINES - NÉVRALGIES - SCIATIQUES
DOULEURS RHUMATISMALES - RÈGLES DOULOUREUSES

ACTION IMMÉDIATE

Phénacétine	0,14
Caféine	0,04
Ac. Acetyl salicyl.	0,10



ACTION PROLONGÉE

Gelsemium	6
Spigelia	6
Iris versicolor	6
Nux vomica	6
Belladonna	6

Demandez-nous des échantillons.

LABORATOIRES P.H.R. - 38, RUE THOMASSIN - LYON - TÉL. GA 12-17

L'enquête faite sur les lieux nous a permis de préciser :

- 1° Que les trois victimes avaient été en contact avec le toxique;
- 2° Qu'ils se servaient volontiers de ce produit pour exterminer les fourmis, cafards et puces de leur local d'habitation;

3° Que la pièce où vivaient les victimes se trouvait à côté d'un local servant à l'entrepôt de produits destinés à l'agriculture (soufre, insecticide);

4° Une boîte contenant du produit responsable de l'intoxication était encore dans le garde-manger rudimentaire des victimes.

Nous avons pensé que si la dose retrouvée après le repas incriminé était relativement peu élevée, elle a néanmoins déclenché le processus d'une intoxication aiguë, dans des organismes en état d'intoxication chronique, chez des personnes ayant eu des contacts fréquents avec l'insecticide, soit par la manipulation sans précautions pendant leur travail, soit par l'ingestion répétée à petites doses avec les aliments ou encore par la diffusion à travers la peau lors de l'emploi pour la désinsectisation individuelle, soit enfin, par la conjugaison de ces diverses causes.

Parmi les intoxications accidentelles, nous citerons les cas de tout jeunes enfants qui en jouant avec ces poudres de couleurs vives, en mangèrent suffisamment pour s'intoxiquer.

En 1960, nous avons été amenés à rechercher le parathion dans cinq cas d'empoisonnement chez des enfants de 3 à 6 ans; un seul, soigné à temps, a pu en réchapper.

Ces accidents ont tous eu lieu, en milieu rural; l'imprudence des parents qui laissent traîner des paquets ou des boîtes renfermant le poison, est lourde de conséquences.

DOSES TOXIQUES.

Toutes les expertises toxicologiques auxquelles nous avons procédé, ont eu trait à des intoxications aiguës; le matériel soumis à l'analyse était constitué par les ustensiles ménagers (marmites, poêles, verres à eau, etc...), par des paquets rudimentaires renfermant des poudres bleues, jaunes ou violettes, et, pour les viscères, par de modestes prélèvements d'estomac et, quelquefois, un petit morceau de rein ou un minuscule échantillon de foie.

Une seule fois (cas des trois ouvriers agricoles), nous avons assisté à l'autopsie et nous avons pu faire des prélèvements plus importants et plus variés.

Quant aux commémoratifs ils se résument le plus souvent en la seule formule : « Recherche du toxique ayant occasionné la mort !... »

C'est dire les difficultés que nous avons pour répondre aux questions classiques :

1° Quelle est la dose de toxique retrouvée ?

2° Quelle est la dose de toxique pouvant amener la mort !

LEHMAN (1), (2) fixe la dose moyenne mortelle pour le rat à 3,5 mg/kg.

BARNES (3) indique la dose de 15 mg/kg pour le rat mâle.

THIODET et MICHAUX (4) considèrent mortelle pour l'homme une dose de parathion de 1,50 g.

Le biologiste allemand VELBINGER, en essayant sur lui, le produit à faibles doses, a été tué net par une dose de 120 mg, succédant à d'autres prises n'excédant pas 100 mg.

Il est difficile de préciser la dose léthale par kilog de poids corporel chez l'homme; tout ce que l'on peut dire, c'est que le parathion tue à des doses extrêmement faibles et bien inférieures à ce que l'on avait avancé jusqu'ici.

La présence de quelques milligrammes de parathion dans un contenu gastrique suffira donc, compte tenu des commémoratifs et de l'enquête, pour considérer comme très probable la responsabilité du toxique dans l'empoisonnement. Nous en rappellerons succinctement les effets extrêmement nets et particulièrement constants :

- Sudation intense;
- Vomissements;
- Douleur abdominale;
- Trémulations fibrillaires.

La mort survient par arrêt de la respiration.

Les signes cliniques nets précédemment décrits peuvent orienter rapidement le diagnostic et l'accusation si souvent formulée contre un « virus » ou une « herbe toxique » tombe d'elle-même.

Les cardiotoniques et autres palliatifs ne constituent pas eux seuls un traitement efficace de l'intoxication par le parathion.

Le dernier antidote a été le P A M (pyridine, 2, aldoxime methoiodide), réactivateur de la Choline esterase, essayé avec succès par GROB et JOHNS (11), ERMANN et coll. (12), STEYN (13), KLUGMAN (14), ZAMBRANO (15), l'oxygénothérapie, l'atropine à fortes doses et les ganglioplégiques (Parpanit, Diparcol, Parsidol) sont des armes efficaces. Nous signalons à ce propos l'article de FOURNEL, CELICE, HILLION (9), ainsi que celui de FABRI (10) sur le traitement détaillé à appliquer aux intoxiqués par les esthers phosphoriques.

Les délais écoulés entre l'absorption du toxique et la mort n'ont pu également être suffisamment précisés jusqu'ici, ils dépendent sûre-

ment de la voie d'administration, des conditions climatiques, de l'âge et de la constitution physique du sujet.

MONNET et SABON (5) citent le cas de deux frères de 40 ans qui consomment du poison frit roulé dans une poudre à 6 % de parathion, Le petit déjeuner avait été pris vers 8 h. 30 du matin, l'une des victimes meurt en trois heures, l'autre l'après-midi.

DEROBERT et coll. (6) ont observé la mort d'un ouvrier de 17 ans qui manipula du parathion toute la journée, dans un atelier où régnait une température de 31°; après les premiers troubles survenus à 15 h. 30 la mort survient à 21 h.

Par contre, THOMAS et coll. (7), après 14 cas d'empoisonnement dont 9 mortels signalent la mort d'un bébé de 20 mois en 30 minutes. Le cas de Boeken cité par BOURRET (8) rejoint cette dernière observation, puisqu'un homme adulte, en situation irrégulière, arrêté à la frontière par la Gendarmerie belge mourut en moins d'une demi-heure après l'absorption.

Il n'est pas besoin de discuter plus longuement sur la toxicité du parathion, ni de faire une étude détaillée de ses effets pharmacodynamiques; il suffira de rappeler que les esters organophosphorés en général, agissent électivement en inhibant la cholinestérase. Le métabolisme des composés qui ont une action inhibitrice directe sur cet enzyme est probablement fort simple : ces composés, dès qu'ils atteignent les tissus, subissent une hydrolyse rapide, physique et enzymatique : au moment de l'hydrolyse par la cholinestérase l'action de cette diastase est inhibée; les groupes alcoyl-phosphates, au lieu de quitter immédiatement le centre actif de la diastase, y demeurent et empêchent cet enzyme d'exercer normalement son rôle de dissociateur de l'acétyl choline. (BARNES (3).

CONCLUSION.

Nous avons voulu par ce court exposé, attirer l'attention des médecins, sur l'importance de ce nouveau fléau.

En face d'une mort violente et surtout à la campagne, il faudra faire une large place à l'hypothèse de la responsabilité du parathion dans l'étiologie d'une intoxication.

D'ailleurs le danger occasionné par ces derniers n'a pas échappé en France à la Commission des toxiques employés en agriculture qui propose les mesures destinées à empêcher les accidents et les prescriptions à suivre en ces cas d'intoxication.

Ces mesures font l'objet d'une circulaire ministérielle en date du 2 février 1952 parue au « Journal Officiel Français » du 10 février 1952.

En ce qui concerne notre pays, nous voudrions attirer l'attention des Services intéressés, sur les trop nombreux accidents qui ont lieu tous les ans sur le territoire de la République.

Nous pensons qu'il sera nécessaire de réglementer très sévèrement la distribution d'un produit que l'on peut se procurer actuellement avec trop de facilité. L'arsenal insecticide comporte maintenant des produits aussi efficaces pour l'agriculture. Ne pourrait-on même interdire l'entrée en Tunisie de ce produit si toxique pour l'homme ?

BIBLIOGRAPHIE

1. LEHMAN A. J. : « Bull. N. Y. Acad. Médecine », 1949, 25, 382.
2. LEHMAN A. J. : « Assoc. Food, Drug officials U. S. », 1949, 13, 2.
3. BARNES J. M. : « Org. Mond. Santé, monographie », N° 16, 1954.
4. THIODET J. et MICHAUX P. : « Arch. Mal. Prof. », 1950, 11, 594.
5. MONNET R. et SABON F. : « Ann. Méd. légale », 1935, 35, 225.
6. DEROBERT, DESCLAUX, HADENGUE, NAUBACHER et Mlle TEYSSEYRE : « Ann. Méd. légale », 1950, 30, 32.
7. THOMAS F., HEYNDRIKX A. et VAN HECKE W. : « Ann. Méd. légale », 1956, 36, 65.
8. BOURRET J., DEROBERT L. et GUENIOT M. : « Ann. Méd. légale », 1958, 38, 160.
9. FOURNEL J. : « Arch. Mal. Prof. », 1952, 13, 166.
10. FABRI R. : « Sem. Hôp. », 1953, p. 1957.
11. GROB et JOHNS : « Bull. Hyg. », 1958, 33, 768.
12. ERMANN W. D., SAKAI F. et SCHELER F. : « Deut. Méd. Woch. », 1958, 83, 1.359.
13. STEYN D. G. : « South Afric. Méd. J. », 1958, 32, 894.
14. KLUGMAN H. B. : « South Afric. Méd. J. », 1959, 33, 899.
15. ZAMBRANO A. : « Rass. Med. Indust. Rome », 1959, 28, 36.

Liveroil

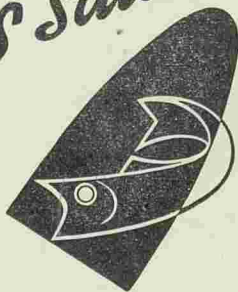
SUPPOSITOIRES

HUILE DE
FOIE DE MORUE
EUVITAMINÉE
A B₁ B₂ B₆ D₂
+ EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE DE FOIE

LAB^{RES} CHAMBON • PÉRIGUEUX ET 1 RUE DANTON • PARIS

APPETIT

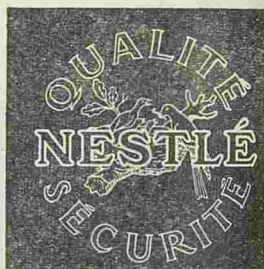
*à tout âge de la vie
en toutes saisons*



TUNISIE : V. BISMUTH - 4, Rue de Strasbourg - TUNIS



SPEDIC 52M V. FERRY



pélargon

LE LAIT EN POUDRE LE PLUS MODERNE
POUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON

Lait entier acidifié additionné de glucides

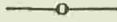
6 caractéristiques essentielles

- Rapport optimum entre la graisse et les protéines
- Augmentation de la résistance aux infections
- Propriétés antidyspeptiques
- Parfaite digestibilité
- Action antirachitique et antianémique
- Régularité de la courbe de poids

Société de Produits Alimentaires et Diététiques (SOPAD)
18, Place Henri Bergson - PARIS 8^e

MALADIE DE LOBSTEIN OU OSTEOPSATHYROSE

par le Dr Victor CORCOS



La fragilité osseuse congénitale se présente en clinique sous deux grands types que l'on a coutume d'opposer : un précoce dont les fractures se produisent in utéro et qui a trait à un nouveau-né porteur de multiples fractures constatées dès la naissance, c'est la **dysplasie périostale de Porak et Durante**, l'autre plus tardif, concernant un enfant dont les fractures commencent de se produire entre deux et trois ans, c'est la **maladie de Lobstein ou ostéopsathyrose**. C'est un malade de ce dernier groupe que nous avons examiné ces temps derniers et que nous vous présentons :

Fathi, 5 ans, nous a été amené pour des fractures qui se produisent depuis l'âge de deux ans.

C'est en effet à cet âge qu'est constatée la première fracture survenue à la suite d'une chute.

Elle siégeait au tibia droit (partie moyenne).

Dans le courant de la même année, se produisent trois fractures consécutives de la cuisse droite ayant nécessité tantôt une traction continue, tantôt un plâtre.

A trois ans, l'humérus gauche se fracture.

A cinq ans, son père le tire par la main et occasionne une fissure de l'extrémité inférieure du radius gauche.

L'enfant ne devait pas en rester là, puisque vingt jours après, se produit une fracture du fémur gauche (février 1960), et que, nous le voyons de nouveau dans le plâtre pour une fracture du même fémur (juin 1960).

Ainsi donc, en trois ans, huit fractures sont survenues à l'occasion d'un traumatisme souvent minime et leur répétition a inquiété à plusieurs reprises les parents et les ont amenés à consulter assez souvent.

Nous voyons cet enfant pour la première fois le 1^{er} avril 1960.

Il s'agit d'un enfant mesurant 1 m, 08 et pesant 18 kilos. Le crâne est évasé, les pariétaux aplatis et déprimés par rapport à l'occipital qui fait saillie. Les sutures pariéto-occipitales sont visibles. Les sclérotiques sont bleues et uniformément teintées. Les ongles sont minces et cassants, et il existe de nombreuses caries dentaires. Le tibia droit est en lame de sabre. Les extrémités des jambes sont effilées, les pieds sont plats.

On met en évidence un certain degré d'hyperlaxité ligamentaire au niveau des doigts, des mains et du coude.

Le reste de l'examen est normal, en particulier, il n'existe pas de troubles de l'audition.

Il n'y a pas de retard intellectuel.

Les parents sont consanguins (cousins germains). Nous reviendrons sur l'arbre généalogique et sur les tares qu'on y relève.

Nous avons pratiqué chez cet enfant des **radiographies** du squelette qui donnent les résultats suivants :

Fémur : le squelette est anormalement clair, la trame osseuse mal dessinée, la corticale exagérément mince.

Il existe une **séquelle de fracture**, traduite par un cal condensé au tiers moyen du fémur gauche.

Tibia : plusieurs stries de Looser-Milkman.

Crâne : aspect vermouse de la texture osseuse avec surplomb de la calotte crânienne.

Selle turcique normale.

EXAMENS DE LABORATOIRE

1° Hémogramme :

Globules rouges	4.820.000
Hémoglobine	87 %
Valeur globulaire	0,90 %
Hématies nucléées	Néant
Anisocytose	Normale
Poikilocytose	Néant
Polychromatophilie	Légère

Leucocytes (par mm³)

Polynucléaires neutrophiles	44 %
Polynucléaires éosinophiles	12 %
Polynucléaires basophiles	0 %
Lymphocytes	40 %
Monocytes	4 %
Leucocytes anormaux	Néant

2° Sérologie :

Réaction de B. W.	Négative
» de Hecht	Négative
» de Kahn	Négative
» de Méinicke	Négative

3° Calcémie :

85 mg par litre de sérum (N : 95 à 105 mg).

4° **Phosphorémie :**

44 mgr par litre de sérum (N : 25 à 35 mgr).

5° **Phosphatase alcaline :**

14,3 U.B. (N : 1,5 à 5 U.B.).

On connaît la triade : sclérotiques bleues, fractures multiples et surdité qui caractérise la maladie de Lobstein ou ostéopsathyrose et l'on sait qu'aux yeux de certains la coloration bleue des sclérotiques revêt une importance de premier ordre. Nous avons recherché ce caractère dans le tableau généalogique dressé à votre intention et qui confirme son hérédité mendélienne selon le mode dominant.

(Voir le tableau page suivante)

Ainsi donc le diagnostic d'ostéopsathyrose est bien établi. Nous nous permettons dans le tableau qui suit d'opposer schématiquement cette maladie à la dysplasie périostale :

Dysplasie périostale**Ostéopsathyrose**

Caractère non familial.

Caractère familial se transmettant selon les lois mendéliennes de l'hérédité dominante.

Début : in utéro.

Début : entre 2 et 3 ans.

Crâne : voûte non ossifiée, molle, de consistance papyracée.

Crâne : ossifié à rebord.

Membres très courts et nanisme véritable.

Déformations en rapport avec les fractures.

Pas de nanisme.

Pronostic très sombre : mort à la naissance ou dans les premiers mois.

Pronostic vital bon : les fractures s'espacent au fur et à mesure que l'enfant grandit.

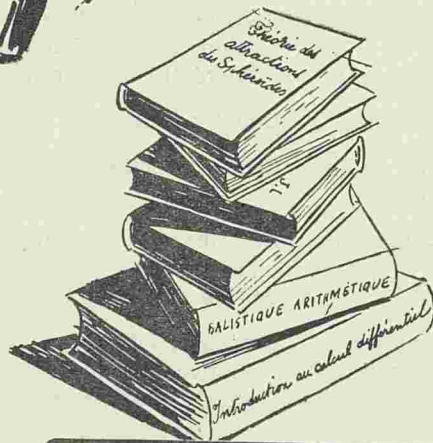
Tels se présentent les caractères fondamentaux nous permettant d'éliminer la dysplasie périostale.

Il faut également évoquer, pour le rejeter facilement, le diagnostic de maladie d'Albers-Schonberg ou ostéopétrose dont l'aspect radiologique signe la maladie : squelette très dense, d'aspect marmoreen.

Ces « hommes de verre », comme les appelait APERT, ne seront pas confondus avec les malades dont la fragilité osseuse reconnaît d'autres étiologies telles que rachitisme, scorbut, malnutrition, syphilis congénitale.

Signalons, pour terminer, les fragilités osseuses du syndrome d'Albright ou de l'hyperparathyroïdisme (Recklinghausen) qui ont des caractères bien spéciaux.

" REND TOUT EFFORT FACILE "



**NÉVROSTHÉNINE
- GLYCOCOLLE
FREYSSINGE**

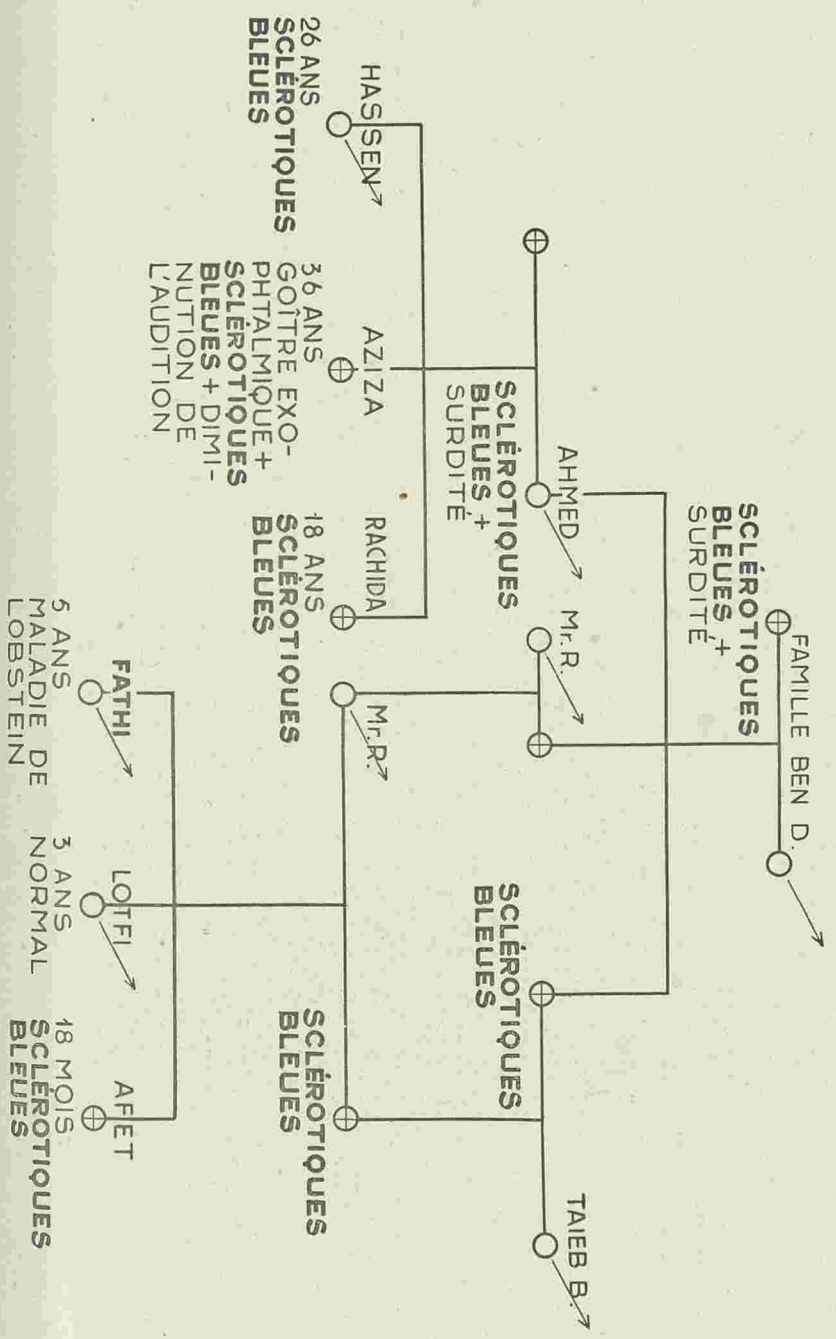
boîte de 10 ampoules
coffret de 20 ampoules



LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL - PARIS (12^e)

ARBRE GENEALOGIQUE DU PETIT FATHI R...

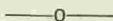
(Maladie de Lobstein)





ANALYSE**TRAITEMENT DES CANCERS : EPITHELIOMAS, LEUCEMIES,
SARCOMES. DIRECTIVES MEDICO-CHIRURGICALES.**

Travail du Centre Clinique et Thérapeutique de l'Institut Gustave-Roussy
G. DOIN et Cie, Editeurs, Paris, 1960.



Ce travail constitue une mise au point des connaissances acquises dans le traitement du cancer. Il comprend 2 parties principales : la première traite du cancer en général et particulièrement des divers moyens mis en œuvre dans la lutte anticancéreuse. Dans la seconde partie, les indications thérapeutiques pour toutes les localisations du cancer sont indiquées en détail.

Les données exposées dans cet ouvrage intéressent au plus haut point, les chirurgiens, les radiothérapeutes et dans une certaine mesure les anatomo-pathologistes. Les chirurgiens et radiothérapeutes y trouveront tous les éléments qui leur sont nécessaires dans la « conduite à tenir » en face d'un cancer déterminé. Les indications et les possibilités de la chirurgie, des radiations, de la chimiothérapie et de l'hormonothérapie sont également détaillées. L'anatomo-pathologiste trouvera tout renseignement utile sur les caractères évolutifs et la radiosensibilité des diverses tumeurs dont il sait reconnaître les images histologiques.

Il est naturellement impossible, dans le cadre de cette analyse, de faire une revue tant soit peu complète de cet ouvrage qui a les avantages de tout travail écrit par des personnes connaissant à fond leur matière. Il n'en a pas les inconvénients puisque l'importance des divers sujets y est respectée, sans que l'on puisse trouver des lacunes dans tel chapitre ou au contraire une surcharge injustifiée dans tel autre.

Parmi les nombreuses constatations exposées, l'Ecole de l'Institut Gustave-Roussy a particulièrement insisté sur une notion nouvelle, d'une importance capitale, dans le traitement du cancer. Elle consiste à considérer le cancer comme une « maladie générale » en face de laquelle l'organisme ne reste pas toujours passif. En effet, contrairement à l'opinion si souvent admise, les néoplasmes malins ne doivent pas être considérés comme des processus autonomes, locaux, régionaux, puis généralisés contre lesquels l'individu ne peut se défendre, mais comme des maladies générales, au moins dans leur phase clinique, contre lesquelles l'hôte peut se protéger en élaborant des anticorps spécifiques. Les récidives ou régressions spontanées de certains can-

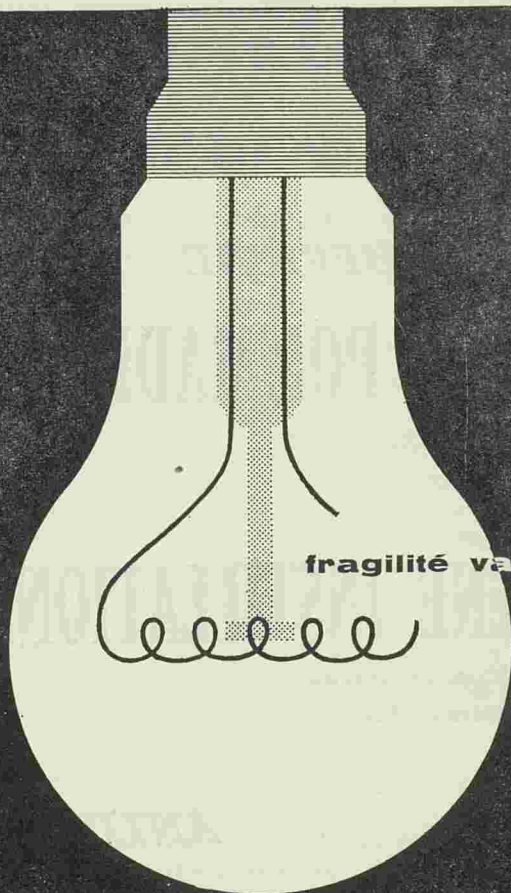
cers à la suite d'infections intercurrentes, les cas de guérison malgré l'ablation incomplète de la tumeur, la croissance rapide de certains cancers à la suite de doses exagérées de rayons X qui affaiblissent les tissus normaux, enfin les cas indiscutables de guérisons spontanées, sont une preuve de cette résistance de l'hôte, consécutive probablement à une défense immunologique de ses tissus.

Les larges variations observées dans le rythme de la croissance tumorale chez un même malade semblent dépendre plus de l'altération de la résistance de l'hôte que des fluctuations dans l'évolution de la tumeur elle-même. Ces variations se traduisent cliniquement par l'existence de poussées évolutives. Chaque cancer subit alternativement des périodes de stabilisation et des périodes évolutives. Ces périodes de stabilisation sont plus ou moins prolongées et correspondent à des phases d'équilibre hôte-tumeur; mais dès que la résistance de l'hôte s'effondre, la tumeur croît indéfiniment jusqu'à l'issue fatale. Si à ce moment on fatigue tant soit peu l'organisme par une intervention on ne fera que diminuer encore ses moyens de défense et accélérer cette issue. Si par contre, on s'abstient de toute opération intempestive, on peut espérer une rémission plus ou moins prolongée au cours de laquelle il serait possible de soustraire une partie ou la totalité du tissu néoplasique par une action chirurgicale ou radiothérapique.

Les périodes évolutives des tumeurs doivent donc être soigneusement déterminées, car elles représentent le moment au cours duquel il faut éviter toute intervention intempestive sur la tumeur. La période d'évolution se reconnaît généralement à une modification régulière et progressive du volume, à une infiltration œdémateuse péritumorale qui ouvre les espaces lymphatiques et permet une dissémination plus facile des cellules cancéreuses. Il convient donc, si on est en présence d'une poussée évolutive, d'utiliser des thérapeutiques peu agressives et de repousser la date d'une intervention chirurgicale jusqu'à une phase de stabilisation de la tumeur.

Depuis que l'Institut Gustave-Roussy, attachant une importance primordiale à cette notion de poussée évolutive, a refusé la chirurgie d'emblée dans de telles formes, il a remarqué une quasi disparition des récidives cutanées dans les semaines qui suivent l'intervention chirurgicale.

Dr A. CHADLI.



fragilité vasculaire

CITROFLAVONOÏDES LABAZ

INDICATIONS

Prophylaxie des accidents vasculaires
Rétinites
Modifications pathologiques des capillaires
Œdèmes trophiques

PRÉSENTATION

Flacons de 40 et 100 dragées à 200 mg de
Citroflavonoïdes hydrosolubles standardisés
(P. France cl. 8 et 10)

REMBOURSABLE AUX ASSURÉS SOCIAUX ET AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'ARTICLE 115 (ex. 64)

LABORATOIRES LABAZ - 4, RUE DE GALLIERA - PARIS XVI^e

Ophthalmologie **Oto-Rhino-Laryngologie**

THÉRAPEUTIQUE LOCALE ANTI-INFECTIEUSE

SULFAMIDOTHÉRAPIE

SULTIRÈNE POMMADE

dosée à 1% de sulfaméthopyrazine
Tube de 5 g.

SULTIRÈNE INSTILLATIONS

dosé à 5% de sulfaméthopyrazine
Flacon compte-gouttes de 5 ml.

ANTIBIOTHÉRAPIE

ROVAMYCINE INSTILLATIONS

nécessaire dosé à 50 mg de spiramycine base pour
préparation extemporanée d'une solution aqueuse
Flacon compte-gouttes de 5 ml.

SOCIÉTÉ PARISIENNE
RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC

Information Médicale ; 28, Cours Albert-1^{er} - PARIS-8^e - BAL. 10-70 - B. P. 490-08

LA METHODE EPIDEMIOLOGIQUE DANS L'ETUDE DES TROUBLES MENTAUX

par le Dr D. D. REID

« Cahier de la Santé Publique », N° 2, OMS, Genève

Le numéro 2 des « Cahiers de la Santé Publique » en étudiant la Méthode épidémiologique dans l'étude des troubles mentaux prépare le Congrès régional de l'OMS sur ce sujet qui va se tenir à Rome prochainement et où la Tunisie sera représentée.

Conçu « comme une introduction aux conceptions et aux méthodes de l'investigation épidémiologique », ce Cahier de 87 pages va faire un tour d'horizon de l'approche du problème.

L'épidémiologie, c'est-à-dire, « l'étude des manifestations de masse de la maladie », « en psychiatrie comme dans les autres branches de la médecine, a pour but de mesurer le risque d'atteinte d'une collectivité par des troubles donnés et de découvrir des indices sur leur origine et leur mode de propagation. Ces indices sont tirés de la distribution de la maladie en fonction du temps, de l'espace ou des caractéristiques des individus ou des groupes sociaux atteints. Une fois que l'histoire naturelle de la maladie dans une population donnée a été établie, le rôle de l'épidémiologiste est de trouver des mesures de prévention ou d'endigement et de vérifier leur efficacité dans la pratique.

Une prophylaxie obtenue par la modification d'un facteur essentiel est le test final de la méthode épidémiologique; aussi une série honorable de succès de ce genre a-t-il fait de l'épidémiologie la discipline fondamentale de la médecine préventive. »

Le trouble mental étant un trouble du couple homme-milieu, il est naturel de rechercher les facteurs du milieu engendrant des troubles mentaux. REID dans son étude envisage toutes les méthodes d'investigation applicables dans cette recherche, aussi bien l'utilisation des statistiques d'état-civil que le niveau de morbidité mentale. Il parcourt également les prédispositions personnelles et les facteurs génétiques comme origine possible du trouble mental.

Mais l'étude de REID reste assez sceptique sur les possibilités d'apport dans la connaissance du trouble mental, tout au moins dans le cadre actuel. L'auteur s'en défend d'ailleurs pour conclure :

« Dans un monde en transformation rapide, il se présente d'innombrables possibilités de faire apparaître des facteurs extérieurs ou individuels qui peuvent être écartés ou modifiés. Par un développement rigoureux des techniques d'exploration, les études épidémiologiques peuvent au moins définir les limites de nos connaissances, puis édifier un ensemble de données et un appareil technique solide sur qui

fonder une doctrine rationnelle de la prévention et du traitement des troubles mentaux ».

Ne prenant parti ni pour l'organo-génèse ni pour la psycho-génèse du trouble mental, voulant étudier les actions du milieu sur l'individu, nul doute que le Congrès régional de l'OMS à Rome n'apporte des éléments et un appareil technique solide.

Ce fascicule, facile à lire, documenté et plein d'humour, saura intéresser le spécialiste aussi bien que le médecin praticien.

Dr Lucien LEVY.

— 0 —

SCHOUM		FOIE REINS VESSIE
DRAGÉES		MAGNOSCORBOL Chl. de Mg + Vitamine C
ANIODOL		Antiseptique • INTERNE • EXTERNE
LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine		

SCHOUM, P. Cl. 2 — MAGNOSCORBOL, P. Cl. 3 — ANIODOL, P. Cl. 1 et 2
TUNISIE - Agence Pharmaceutique Française
8, Passage de la Monnaie - TUNIS

COMPTE-RENDU

**I^{er} CONGRES DE MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE
DE LANGUE FRANÇAISE**

(VITTEL, 8-10 JUILLET 1960)

Le I^{er} Congrès de Médecine Psychosomatique de Langue Française, s'est déroulé du 8 au 10 juillet à Vittel avec la participation de nombreuses délégations étrangères, venus de 17 pays différents.

Le Congrès étudia deux thèmes principaux :

1^o **Les aspects théoriques et pratiques
de la Médecine psychosomatique**
sous la présidence du Professeur DELAY.

2^o **La Relaxation**
sous la présidence du Professeur SCHULTZ.

**I. LES ASPECTS THEORIQUES ET PRATIQUES
DE LA MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE.**

Perspectives psychosomatiques.

Le Professeur DELAY, avec son élégance de style habituelle, introduit le débat par une étude sur les « Perspectives psychosomatiques » :

« Dans l'ensemble, le mouvement psychosomatique cherche à dépasser une médecine des organes, devenue de plus en plus spéciale et locale, au profit d'une médecine générale de l'organisme. Il met au premier plan le rôle du terrain, renouant ainsi avec la médecine psychosomatique, celle qui considère la maladie moins comme un accident ou un processus exogène, en quelque sorte extrinsèque à la personne du malade, que comme un développement intimement lié à la nature de ses réactions et en définitive à sa nature ».

Cette conception globale, dynamique, fut jalonnée par les travaux de Charcot, Ribot, Jackson, Freud, Janet, Pavlov.

Puis le Prof. DELAY évoque les nombreux travaux qui préparèrent cette médecine d'unité soma-psyché. Partant de l'étude des émotions, de la sham-rage de Cannon, il passa aux nouvelles études pharmacodynamiques des psycholeptiques, hypnotiques, tranquillisants, et tout récemment, thymoleptiques.

Il rappela ses travaux sur le rôle du diencephale dans la régulation de l'humeur, carrefour psycho-somatique et somato-psychique, en liaison non seulement avec le cortex, mais avec tout le système glandulaire.

Le Prof. DELAY en terminant pose le grand problème de l'hystérie :

« Si l'émotion engendre directement des désordres corporels, elle peut aussi les provoquer indirectement par des mécanismes hystériques. Le domaine de l'hystérie est celui des intentionnalités involontaires et inconscientes, mais sa délimitation est difficile, tant du côté de la stimulation, qui correspond à des intentionnalités volontaires et conscientes, que du côté de l'émotion, dans la mesure où l'on admet que les manipulations de celle-ci témoignent d'une finalité biologique ».

Cette fuite dans la maladie corporelle, devant un conflit insurmontable, est bien particulière et nécessite une connexion dont le mécanisme est encore obscur.

Le Prof. DELAY évoque, à propos d'une observation, une hystéro-traumatique où après un choc émotionnel et une période silencieuse éclate le symptôme hystérique. Le Prof. DELAY termine par une citation de Freud :

« Nous ne nous intéressons à la thérapeutique, écrivait Freud, que dans la mesure où elle agit par les méthodes psychologiques et pour l'instant nous n'en avons point d'autres. Dans l'avenir nous apprendrons peut-être à exercer une influence directe au moyen de substances chimiques particulières, sur les quantités d'énergie et sur leur distribution dans l'appareil mental ».

Cet avenir qu'il considérait comme lointain paraît être singulièrement rapproché. Mais quel que soit le développement des traitements chimiques et physiques, nous sommes convaincus que la psychothérapie reste le traitement de fond des psychonévroses.

Les Prs ABOULKER, DE AJURIAGUERRA, BRISSET, CHERTOK apportèrent les résultats d'une enquête sur la Médecine psychosomatique. 35 questions avaient été adressées aux neuro-psychiatres français, aux membres de la Société de Médecine Psycho-Somatique, aux médecins des hôpitaux de Paris et à des médecins étrangers.

— Les réponses furent unanimes pour envisager la médecine psychosomatique comme une appréhension globale de l'homme malade, et réclament tous un enseignement de psychologie à l'usage non seulement des étudiants, mais également des médecins praticiens.

— Plus intéressantes sont les réponses sur les relations de l'être et du milieu.

Que la tendance soit psychanalytique, primauté à la structure de personnalité avec valeur \pm grande accordée aux facteurs socio-cultu-

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISE

- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.

Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.

Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.

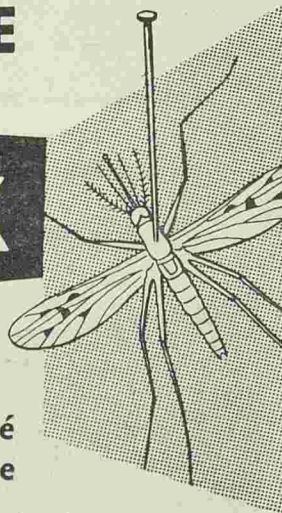


ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY, Ph. 76, r. des Rondeaux - PARIS

PALUDISME

QUINIMAX



Plus maniable, plus actif et mieux toléré
que les sels ordinaires de quinine

4 FORMES : COMPRIMÉS, AMPOULES, SUPPOSITOIRES, GRANULÉS

Sté d'expl. des **LABORATOIRES DEROL**

Serv. des Relations Médicales : 66^{ter}, rue Saint-Didier, PARIS-16^e

SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS (Tunisie)

PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — ALGER (Algérie)

M. PELISSARD : 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA (Maroc)





DOUBLE ACTION

AMŒBICIDE
PAR VOIE ORALE
BACTÉRICIDE

Entobex

UN SEUL BUT
ANTIDYSENTÉRIQUE

1 ou 2 dragées
3 fois par jour

Flacon de
20 dragées à 50 mg
P. Cl. 6

C I B A

P. Cl. 6

11

rels ou pavlovienne, ils insistent plus particulièrement sur l'importance du milieu dans la formation de la personnalité. Toutes les tendances ont encore insisté sur les interactions indissociables du couple homme-milieu.

— Les doctrines se sont affrontées dans la série de questions concernant les théories et doctrines psychanalytiques. Les réponses sont contradictoires et la formulation d'une théorie, du processus de formulation, d'un trouble psychosomatique, d'un état neurologique ou d'un état psychotique, encore prudente.

Les communications furent extrêmement nombreuses. Il nous faut signaler :

— « Maladies psychosomatiques ou malades psychosomatiques », de MM. S. NACHT et R. HELD. Les auteurs insistent sur l'importance de la peur et du processus : frustration, angoisse, agressivité, que l'on retrouve dans l'analyse des névrosés.

— « Le psychisme dans la causalité, le mécanisme intime et la psychothérapie », M. E. CHARANNKOW (Sofia).

— « Les interactions organiques affectives de l'anorexie mentale », L. MICHAUX et M. DUGAS. L'anorexie mentale, type même de la maladie psychosomatique, est dominée par les facteurs affectifs, mais le choix de cette réponse à l'agression laisse supposer des facteurs somatiques préexistants.

— ALBERT (Paris) insista dans une perspective pavlovienne sur la notion de terrain et sur le rôle de la parole dans le traitement des troubles psychosomatiques.

— VOLGYESI (Budapest) rapporta ses résultats après 40 ans de traitement des psychonévroses par la thérapie suggestive.

— JANOTA (Prague) : « Considérations sur les troubles psychosomatiques dans la dépression endogène ».

— WOLFROMM évoqua les problèmes psychologiques provoqués par l'aménorrhée.

— HARTEMANN (Nancy) schématisa le « cercle vicieux psychosomatique » des vomissements gravitiques. Point de départ organique, retentissement psychique, apparition de nouveaux éléments organiques qui accentuent les vomissements.

— LAMBLING et BURGER rapportent les résultats d'une enquête psychosomatique pratiquée sur les ulcéreux du Centre de Gastro-Entérologie de Bichat. Pour les auteurs, seuls 18 % de cas sont des états constitutionnels avec manque de composante névrotique.

Sous la présidence du P. DE WATTEVILLE (Genève), le Congrès étudia l'application des méthodes de relaxation en obstétrique.

— CHERTOK, Mme M.-L. MONDZAIN précisent le mécanisme d'action de la relaxation en obstétrique.

— GEISENDORF et KOCHER (Genève), sur la préparation à l'accouchement sans douleur.

— K. H. LUKAS (Tuhinfen) : « Tension et détente ».

— MAYER et MORALI-DANINOS évoquent les aspects psychomatiques de relation mère-enfant. Les troubles fonctionnels de l'alimentation, le sommeil, l'humeur sont les reflets des instabilités évolutives de cette relation.

II. LA RELAXATION.

Le Professeur SCHULTZ, classant les diverses thérapeutiques existantes, oppose aux thérapeutiques dites mentales : psychothérapie, s'adressant à la personnalité intellectuelle du malade, les thérapeutiques « organismiques », qui cherchent, en collaboration avec le malade, à amener un changement d'attitude.

La méthode de relaxation ou training-autogène du Prof. SCHULTZ, dont on connaît les nombreux travaux, s'apparente au sommeil hypnotique.

D'importants rapports suivirent et il nous faut citer :

— AJURIAGUERRA et Mlle CAHEN : « Tonus corporel et relation avec autrui. Expérience tonique au cours de la relaxation ».

— KAMMERER, DURAND et BOUSINGEN (Strasbourg) : « Relaxation en tant que psychothérapie. Le training-autogène ».

— SAPIR, REVERCHON, PHILIBERT, JAVAL (Paris) tentèrent d'établir des corrélations fructueuses psycho-physiologiques au cours des exercices de relation.

Le Congrès se termina, après des communications si nombreuses qu'il fallut les écarter, par les conclusions du Prof. ABOULKER.

Au cours de ce Congrès, les différentes tendances pavlovienne, analytique, phénoménologique existentielle se sont affrontées de façons fructueuses et préparèrent ainsi le deuxième Congrès qui doit se tenir dans deux ans.

Dr Lucien LEVY.

INFORMATIONS.

**III^e CONGRES INTERNATIONAL DE L'ASSOCIATION MEDICALE
INTERNATIONALE POUR L'ETUDE DES CONDITIONS
DE VIE ET DE LA SANTE**

— 0 —

Le III^e Congrès International de l'Association Médicale Internationale pour l'Etude des Conditions de Vie et de la Santé se tiendra les 29, 30 septembre et le 1^{er} octobre 1961 à Saint-Vincent, Val d'Aoste (près Turin), Italie, sur le sujet suivant :

CONDITIONS DE VIE,

SANTE ET DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE :

- I. **La Santé Publique, facteur du développement économique :**
 - 1° Les endémies rurales et la productivité agricole;
 - 2° L'organisation de la médecine rurale et le développement économique.
- II. **Influence du développement économique sur la santé :**
 - 1° Développement de l'économie agraire et combat contre les endémies rurales.
 - 2° Le développement industriel et ses dangers éventuels pour la santé publique.
- III. **Conclusions : Le problème de la Santé dans la Planification pour le développement économique.**

Comité-Directeur Italien :

Prof. G. MOTTURA, Turin (Président);
Prof. E. BIOCCA, Rome;
Prof. E. CIARANFI, Milan;
Prof. G. FAVILLI, Bologne;
Prof. A. SEPPILLI, Pérouse.

Pour les informations ultérieures prière de s'adresser au Secrétariat de l'Association Médicale Internationale pour l'Etude des Conditions de Vie et de la Santé, Vienne VII, Burggasse 71-1-6, Autriche, Tél. ; 44.04.27.

VI^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE SANTÉ MENTALE

Le Professeur SIVADON, Président de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale, invite la Tunisie à participer aux travaux du VI^e Congrès International de Santé Mentale, organisé sous l'égide de l'OMS, l'UNICEF, l'OIT et l'UNESCO, qui se tiendra à Paris, à la Sorbonne, du 30 août au 5 septembre 1961.

Ce Congrès dont le but est de faire sur le plan professionnel et culturel, une évaluation du niveau des connaissances dans le domaine de la Santé Mentale dans le monde, réunira de très nombreux participants : psychiatres, psychologues, sociologues, anthropologues, éducateurs et travailleurs sociaux appartenant à tous les pays.

L'ordre du jour comportera six thèmes généraux :

- Les besoins des enfants et des adolescents.
- Enquêtes nationales dans le domaine de la santé mentale et de la maladie mentale.
- L'enseignement des principes de santé mentale dans la formation professionnelle.
- La santé mentale et les aspects sociologiques du développement industriel.
- Santé mentale et migration.
- Santé mentale et vieillesse.

Le programme comportera des conférences magistrales, des projections de films, des visites.

Les communications et travaux qui pourront porter, soit sur les thèmes du Congrès, soit sur des thèmes différents, doivent parvenir au Secrétariat du Congrès avant le 1^{er} janvier 1961.

Les langues de travail seront le français, l'anglais et l'espagnol.

PRIX O. R. L. CHIBRET 1961(6^e ANNEE)

Un prix de 200.000 Francs (2.000 N.F.) est décerné chaque année à l'auteur d'un mémoire ou d'une thèse intéressant l'Oto-Rhino-Laryngologie.

Les candidats doivent être, soit un étudiant inscrit à la Faculté de médecine de langue française, soit un docteur en médecine ayant soutenu sa thèse depuis moins de deux ans, également devant une Faculté de langue française. Les mémoires soumis au jury seront rédigés en français (imprimés ou dactylographiés). Ils doivent être soit inédits, soit publiés dans le cours des douze mois précédents.

Les thèses sont acceptées.

Les candidats déjà docteurs en médecine devront donc avoir passé leur thèse après le 1^{er} juillet 1959 et les mémoires non inédits avoir été publiés depuis le 1^{er} juillet 1960. Le bénéficiaire de ce prix sera désigné par un jury constitué par le Comité de la Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie.

Ce prix sera décerné au moment du Congrès International d'Oto-Rhino-Laryngologie en juillet 1961; les mémoires établis en 7 exemplaires devront parvenir avant le 1^{er} mai 1961 au :

Secrétaire général de la Société française d'O.R.L. :

Docteur Henry GUILLON

6, Avenue Mac-Mahon, Paris-17^e

Un exemplaire devra être adressé par ailleurs à l'Institut CHIBRET, 8, rue Boirot, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), France.

Les mémoires ne seront pas rendus.

Lauréats :

- 1956 Dr Jacques SIARDET (Paris) : « Le traitement du cancer de la base de la langue ».
- 1957 Dr R. J. DOITEAU (Bordeaux) : « Contribution à l'étude de physiologie des sinus de la face ».
- 1958 Dr H. GAJGFINGER : « Fenestration et mobilisation de l'étrier. Etat actuel de la question dans l'otospongiose ».
- 1959 Dr J. M. STERKERS (Paris) : « Traitement chirurgical de l'ankylose de l'étrier par platino-fissure avec ou sans stapé-dolyse ».
- 1960 Dr Alexandre BEREZIN (Paris) : « Etude génétique, embryologique et anatomique des aplasies d'oreille et de leurs formes mineures (surdités congénitales de transmission) ».

LIVRES REÇUS.

« Précis de Proctologie Infantile »,

A. BENSUAUDE, P. L. CHIGOT.

Edit. Exp.

« La Goutte »,

S. DE SEZE, A. RYCHEWAERT.

Edit. Exp.

ANNONCES

A vendre, Béja, prix très avantageux, ensemble ou séparément. Clinique 28 lits, susceptible 40, matériel et installation grande qualité et Villa jardin comprenant logement et locaux professionnels. Clientèle importante et étendue cédée gratuitement dont j'assurerais temps nécessaire connaissance et contacts avec successeur. Importance et qualité bâtiments et installations, modicité prix demandé doivent permettre aisément prêt bancaire. Pour renseignements, s'adresser : Dr DUBOS, Béja.

— o —

A CEDER Clinique plein centre : Chirurgie — Obstétrique. S'adresser Docteur RENAUD, 26, Rue de Vesoul, Tunis.

— o —

Le Gérant : Docteur Amor KHALFAT

Imp. BASCONE & MUSCAT : 41, Avenue de Londres — TUNIS

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. S. MESTIRI — B. HAMZA — R. BEN BRAHEM —
A. CHADLY — A. KHALFAT — L. BENAÏSSA — Ch. TABBANE
— M. ABDELMOULA — P. BIERENT — J. BOUJENAH —
A. CHARRAD — M^{me} J. DAUD — MM. A. FOURATI —
A. HAGEGE — L. MOATTI — H. RAIS.

Rédaction : Ch. TABBANE

Administration : D^r Amor KHALFAT
M^{me} DOUIEB



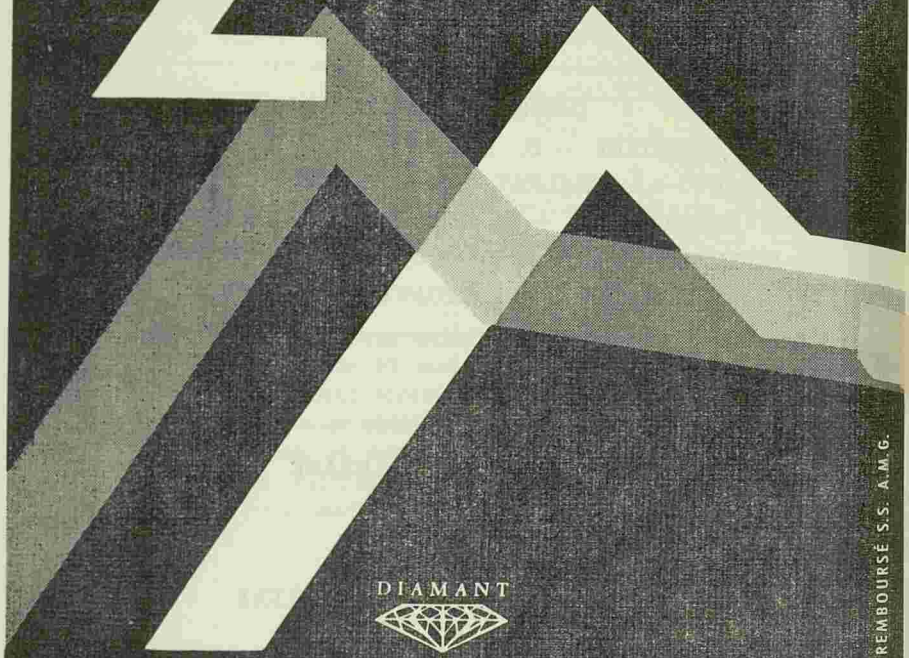
Publicité pour la France :

S. BATARD, 33 bis, Avenue Thiers — LE RAINCY (Seine-et-Oise)

REF. 250,3

2

*prises
quotidiennes*



DIAMANT



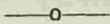
HEXACYCLINE

REMBOURSE S. S. A. M. G.

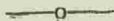
adultes / DRAGÉES : flacon de 16 P. Cl. 23 enfants / SIROP : flacon de 60 ml. P. Cl. 12
SIROP : flacon de 160 ml. P. Cl. 23

LABORATOIRES DIAMANT S. A. 63, Bd. HAUSSMANN - PARIS-8° - ANJ. 46-30

SOMMAIRE (1^{re} Partie)



- Epilepsie focale et cyclosérine : une observation anatomo-chimique,**
par le Dr Pierre CHAULET (Hôpital H. Conseil) 573
- Trois cas d'ulcère duodéal à symptomatologie tumorale,**
par le Dr André HAGEGE 593
- Considérations sur les aspects évolutifs des toxicophilies en Tunisie,**
par les Drs Sleim AMMAR et E. M'BAREK (Extrait du rapport rédigé à l'occasion du Colloque des Experts de la Santé Mentale, Alexandrie 19-23 décembre 1960) 601
- Sur une nouvelle technique radiographique du tube digestif en général et du grêle en particulier,**
par le Dr TRAPLOIR (Travail de l'Hôpital de Monastir), Médecin Consultant à Vichy 611
- Leucose aiguë chez un mongolien de deux ans porteur de malformation cardiaque et de hernie diaphragmatique du côlon,**
par le Dr Victor CORCOS (Tunis) 619
- A propos d'un cas d'intoxication mortelle par la codéine chez un enfant de 18 mois,**
par les Drs Chadly TABBANE et V. CORCOS 627



OPO-VEINOGENE

Traitement physiologique de la maladie veineuse et des troubles circulatoires

Indications

Troubles de la circulation de retour.
Insuffisance veineuse et ses manifestations vasculaires.

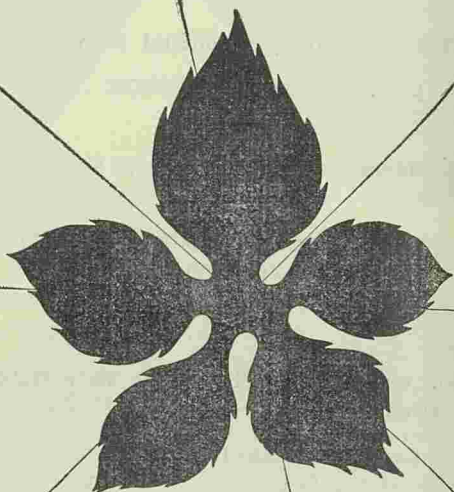
Présentation

Ampoules buvables.
Boîte de 12 et coffret de 24 ampoules.

P. Cl 3 P. Cl 6

Posologie

1 ampoule de préférence le matin
à jeun dans un peu d'eau.



A base de pigments anthocyaniques de
la feuille de vigne rouge.

1.200 gammas de vitamine P native
par ampoule.

LABORATOIRES

Biosedra

S. A., 23, RUE FORTUNY - PARIS-17^e - TÉL. CAR. 20-22, 23

USINE A MALAKOFF

TUNISIE : R. FALDINI — 6, Rue, d'Avignon — TUNIS

SOMMAIRE (2^{me} partie)

—0—

INFORMATIONS :

Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie	633
Cours organisés à Paris sur les vaccinations (pour médecins) . .	635
Cours de pédiatrie sociale (pour médecins)	635
Cours sur la protection de la mère et de l'enfant (pour personnel médico-social)	637
Fondation Rotschild-Paris : Conférences et démonstrations sur la standardisation et l'accélération des examens biologiques sys- tématiques et à but préventif	641

RHINAMIDE

para-amino-phényl-sulfamide
éphédrine
élycaïne

Affections du
Rhino-Pharynx

*instillations
pulvérisations*

LABORATOIRES A. BAILLY
• SPEAB •

15 RUE DE ROME - PARIS 8^e

SOMMAIRE (Suite)

— 0 —

Hôpital Saint-Antoine, Paris : Cours de perfectionnement de chirurgie biliaire, hépatique et pancréatique	645
Centre Pierre et Marie Curie : Concours sur titre	641
Livres reçus	641

— 0 —

quinicardine

Comprimés à 0,2 g de Sulfate de quinine pur

Remboursé S. S. et agréé Collectivités (P. cl. 3)



LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (15)

AÉROCID

1 **Cachet** matin et soir ou **2 Comprimés**

Aérophagie - Aérocolie - Hypotonie
gastro-intestinale - Insuffisance
hépatique

AQUINTOL

Gouttes * **Suppositoires** * **Sirap**

Adénopathies trachéo-bronchiques
Toux spasmodiques - Coqueluche
SÉDATIF ANALGÉSIQUE

OPOCÉRÈS

SIMPLE OU VITAMINÉ

Dragées à croquer * **Ampoules buvables**

Asthénies physiques, psychiques ou
intellectuelles - Alcalose
RECONSTITUANT - DYNAMISANT
PONDÉRATEUR du Ph. humoral

ASSOCIATION PHYTO-HORMONALE SÉDATIVE ASSOCIÉE
ACTIVE PAR VOIE BUCCALE

HEMORAME

A L'ANHYDROXYPROGESTÉRONE

Cachets : 2 à 4 par jour
Comprimés : 4 à 8 par 24 heures

NOUVEAU RÉGULATEUR
DU FLUX MENSTRUEL

LABORATOIRES DE L'AÉROCID - 248 bis, rue G.-Péri - CACHAN (Seine)

AEROCID : P. Cl. 1 et 2 — **AQUINTOL** : P. Cl. 1 et 2
OPOCERES : P. Cl. 2 et 9 — **HEMORAME** : P. Cl. 2 et 3

486

collyre

NOVÉSINE

LICENCE WANDER

Anesthésique

de surface

Dosage : 0,40 %

Désormais

dans les affections broncho-pulmonaires sérieuses,
vous pouvez prescrire les

suppositoires :

CITHYMÈNE

au **CHLORAMPHÉNICOL**

indications :

Pneumonies et broncho-pneumonies à germes banaux ;
Congestions pulmonaires, pneumonies atypiques ;
Suppurations broncho-pulmonaires ;
Coqueluche ;
Complications pulmonaires de la grippe, des maladies infectieuses
et des interventions chirurgicales.

posologie :

adultes :

3 suppositoires "Adulte" par jour
(à 0,40 g. de CHLORAMPHENICOL)

enfants :

de 3 à 13 ans (2 à 4 suppositoires "Enfant")
à 0,25 g. de CHLORAMPHENICOL) par
de 1 à 3 ans (1 à 2 suppositoires "Enfant") } jour
nourrissons au-dessous d'un an
(1/2 à 1 suppositoire "Enfant").

BOÎTES DE 6 SUPPOSITOIRES

Prix classe 9 (Ad.), 7 (Enf.)
Remboursés par la
Sécurité Sociale

autres formes du CITHYMÈNE

CITHYMÈNE suppositoires (Ad., Enf.) P. cl. 2

CITHYMÈNE frictions P. cl. 1

CITHYMÈNE bismuthé (Ad.) P. cl. 2 - (Enf.) P. cl. 1

CITHYMÈNE sirop P. cl. 2

LABORATOIRES



67 AVENUE DE WAGRAM - PARIS

ÉPILEPSIE FOCALE ET CYCLOSERINE : UNE OBSERVATION ANATOMO-CLINIQUE.

par le Dr Pierre CHAULET

(Hôpital E. Conseil)

Depuis le début de l'emploi de la cyclosérine dans le traitement de la tuberculose, tous les auteurs s'accordent pour souligner la fréquence relative des incidents ou accidents neuropsychiques observés chez les malades traités par cet antibiotique.

L'histoire d'une épilepsie focale apparue chez un de nos malades tuberculeux soumis à la cyclosérine-thérapie nous a paru mériter d'être rapportée.

A... ben A..., 43 ans, est atteint de tuberculose pulmonaire depuis le début de l'année 1956.

Il est hospitalisé dans le service le 7 mai 1958 : malgré trois hospitalisations antérieures, de trois à six mois, entrecoupées d'épisodes de « cure ambulatoire » en dispensaire, son état pulmonaire s'aggrave lentement et progressivement, il vient de faire une poussée évolutive, sa bacilloscopie est positive : c'est une tuberculose pulmonaire chronique.

En mai 1958, en effet, il présente des lésions pulmonaires bilatérales à prédominance droite : une lobite supérieure, ulcéro-fibreuse, avec essaimage de nodules dans le lobe inférieur; à gauche : des lésions ulcéro-fibro-nodulaires, occupant le tiers moyen de la plage gauche et siégeant principalement au niveau du Fowler.

Ce malade a été traité par tous les antibiotiques classiques depuis près de trente mois. Aussi, malgré les antécédents d'éthylisme, on instaure un traitement de relais : associant l'INH (8 mg par kg de poids) à la cyclosérine (à doses progressives jusqu'à 1 gr) systématiquement accompagnée de phénobarbital.

La cyclosérine est bien tolérée par le malade pendant vingt jours. Mais le 27 mai et les trois jours suivants (c'est-à-dire au moment où la dose thérapeutique quotidienne de 1 gr de cyclosérine vient d'être d'être atteinte), des « crises » apparaissent.

Malgré l'augmentation légère de la dose de phénobarbital dès le 27 mai (de 10 cg à 15 cg), elles se répètent avec des caractères précis et constants.

Le malade sent venir sa crise, appelle l'infirmier ou le médecin. La crise débute par des secousses cloniques, de rythme de plus en plus rapide et d'amplitude croissante, débutant au niveau de la main gauche, dont le pouce se renverse en adduction forcée dans la paume,

tandis que les secousses s'étendent à tout le membre supérieur gauche. En cours de crise, on constate une légère participation de l'hémiface gauche, tirillée elle aussi par des secousses rythmiques. Les mouvements anormaux des globes oculaires sont inconstants.

Il n'y a ni perte de connaissance, ni émission d'urines, ni morsure de la langue. L'examen neurologique sommaire en fin de crise ne montre aucun signe de déficit musculaire en dehors du bras gauche.

Bref, il s'agit d'une **épilepsie bravais jacksonienne typique, brachiale gauche.**

Mais en outre, le malade raconte spontanément, qu'en cours de crise, il perçoit des sensations qui attestent une participation de la sphère sensorielle, sensations auditives (sons violents, coups sourds évoquant le tonnerre, le canon, un gong, une cloche); sensations visuelles (le malade voit du feu, des flammes devant ses yeux).

A l'interrogatoire, on ne trouve aucun antécédent similaire, aucune affection cérébrale ou méningée : avant sa tuberculose pulmonaire, le malade s'est toujours bien porté (mis à part vingt jours d'hospitalisation en 1957 pour appendicectomie).

Un examen neurologique révèle alors des troubles moteurs et trophiques très nets au niveau du membre supérieur gauche : hyper-réflexivité tendineuse, diminution de la force segmentaire, amyotrophie; aucun trouble de la sensibilité.

Les « crises » se répètent tous les 4-5 jours environ, du 30 mai à la fin juin : elles disparaissent après l'association au traitement INH, cyclosérine, phénobarbital, de nicyl et de largactil (0 g, 20).

Le traitement à la cyclosérine n'a pas été interrompu : on a jugé que ces crises, symptômes d'une lésion focale, étaient très différentes des crises épileptiques habituellement rencontrées au cours de la cyclosérine-thérapie.

On recherche alors l'étiologie de la lésion focale.

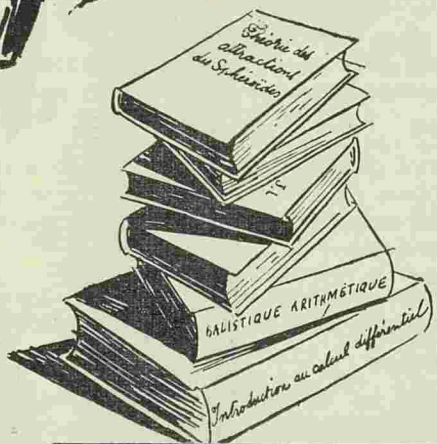
Plusieurs examens de **fond d'œil** sont pratiqués : 4 juin, 18 juin, et à nouveau 5 août. Chaque fois, réponse identique : « FO normal O.D.G. ».

La première **P.L.** a lieu le 6 juin : le L.C.R. est absolument normal; l'analyse chimique et cytologique (lymphocytes 0,2 par cm) est normale); la seconde **P.L.** a lieu le 24 juin : même résultat; en outre la sérologie du L.C.R. est négative, le benjoin floccule dans le tube 6; tandis que dans le sang, le B.W. est fortement positif (le 13 juin 1958).

Le 14 juillet, un E.E.G. est pratiqué à l'Hôpital Ghazi, dont voici le compte-rendu (Dr FANON) :

« Tracé de repos désorganisé à maximum droit. Eléments pointus isolés, localisés en temporale moyenne droite. Mauvaise réaction bila-

" REND TOUT EFFORT FACILE "



**NÉVROSTHÉNINE
- GLYCOCOLLE
FREYSSINGE**

boîte de 10 ampoules
coffret de 20 ampoules

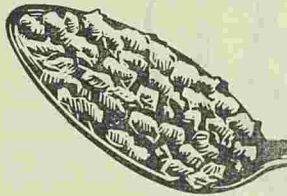


LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL - PARIS (12°)

NOUVEAU!

**L'association
VERRULYSE-METHIONINE**

★
*véritable aliment magnésien
facilite l'anabolisme
cellulaire et fait disparaître les
verrues, symptôme banal de*
DEMINERALISATION



GRANULÉS

*parfumés
à la framboise*

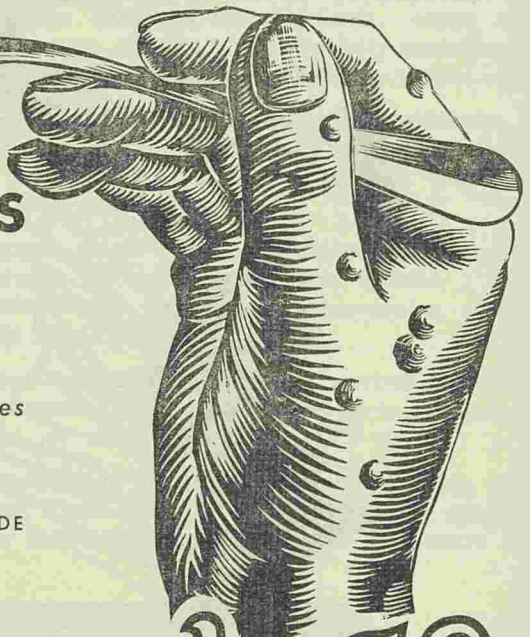
★

POSOLOGIE

*une à deux cuillerées
à café par jour*

ÉCHANTILLONS ET
LITTÉRATURE SUR DEMANDE

*Remboursé par la
Sécurité Sociale*



Verrulyse
méthionine

AUTRE FORME : **DRAGEES**

Ed. PUBLIREX

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS

térale d'arrêt. Absence totale d'alpha. Le tracé est asymétrique. Éléments rapides pointus de la série des thêta à gauche; éléments rapides pointus à droite.

« **Montage longitudinal** : l'hyperpnée fait apparaître des éléments rapides et installe un rythme microvolté irrégulier à 6-8 c/s.

« **Montage transverse** : l'hyperpnée fait apparaître quelques éléments lents, bilatéraux à maximum temporo occipital (ces éléments surviennent d'abord à droite et diffusent à gauche).

« **La S.L.I.** réinstalle ces rythmes rapides sans autre élément nouveau.

« **Conclusion** : **tracé asymétrique signant une atteinte droite localisée à la région temporo-pariétale** ».

Le 21 août 1958, **encéphalographie gazeuse** : on ne trouve aucune anomalie radiologique susceptible d'évoquer : abcès, néoformation ou tuberculome.

Le L.C.R. ramené est normal. Pas de BK; taux physiologique d'albume, de glucose et de chlorures; lymphocytose subnormale (4 éléments par mm³).

On en est à ce point des investigations, lorsque, le 8 septembre, une nouvelle crise se produit : débutant au membre supérieur gauche, elle se généralise secondairement et entraîne une perte de connaissance.

Le traitement à la cyclosérine n'est pas interrompu en raison de l'amélioration pulmonaire constatée chez le malade au début septembre.

La lobite supérieure droite poursuit sa rétraction et s'éclaircit; les nodules de la base droite ont disparu; à gauche, la cavité du Fowler s'est réduite aux quatre cinquièmes et ne persistent que des images fibreuses, stellaires, à projection juxta hilaire.

La bacilloscopie est négative pour la première fois depuis de longs mois; l'état général est très amélioré, le malade a pris du poids (de 50 kg il est passé à 55 kg).

Le malade est évacué quelques jours à l'hôpital Ch. Nicolle en vue d'une artériographie. On persiste alors à rechercher une cause locale aux accidents, cause qui serait justiciable d'un traitement neurochirurgical.

L'artériographie est faite le 17 octobre (Dr CHATENIER) : « l'artériographie cérébrale ne montre aucune indication chirurgicale pour le moment ».

Revenu le 28 octobre dans le service, le malade poursuit son traitement antibiotique associé, comportant toujours la cyclosérine : deux

crises, le 18 et le 20 novembre, où la participation sensorielle est très importante, sont à signaler.

Le 21 novembre, en raison du statu quo radiologique, et de la répétition des crises qui inquiètent le malade, on interrompt le traitement à la cyclosérine qui aura donc duré près de six mois.

La bacilloscopie redevient positive, malgré l'emploi de l'INH à fortes doses (15 mg/kg de poids).

L'état reste stationnaire, sans répétition de crise, mais il existe une **monoparésie du membre supérieur gauche amyotrophié**, dont la force segmentaire a nettement diminué, mais dont le malade peut se servir.

Le malade sort sur sa demande le 3 janvier 1959 pour suivre en dispensaire une cure ambulatoire avec INH et streptomycine.

* *
* *

Il entrera une dernière fois à l'hôpital le 25 mai 1959. Au cours de cette dernière hospitalisation, le traitement antibiotique avec association de cyclosérine, pendant deux mois, est repris activement.

Il n'y a plus de crises bravais-jacksonniennes, brachiales, mais une véritable **monoplégie brachiale, spasmodique**, avec raideur, hyperréflexivité ostéo-tendineuse, amyotrophie importante (fonte du moignon de l'épaule) et apparition de phénomènes douloureux intenses, localisés au membre supérieur gauche, entraînant l'insomnie.

Ce tableau persistera, inchangé, jusqu'à la fin.

En effet la tuberculose évolue inexorablement malgré deux mois de cyclosérine (du 25 mars au 8 juin) associée à l'INH et à la streptomycine; malgré quatre mois de traitement au Réazide (hydrazide d'acide cyanacétique), du 8 juin au 20 septembre, associé au pantothénate de streptomycine; malgré les fortes doses d'INH — seul médicament supporté à partir du 20 septembre — la mort survient dans l'insuffisance respiratoire et la cachexie : le parenchyme pulmonaire a littéralement fondu à droite, le côté gauche étant aux deux tiers détruit.

L'autopsie est pratiquée le 28 octobre 1959 : le cerveau prélevé en entier, dans ses enveloppes méningées, est envoyé intact au laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Institut Pasteur de Tunis (Dr CHADLY) :

« L'examen microscopique du cerveau débité en tranches minces n'a révélé ni tuberculose, ni tumeur. On remarque cependant un épaississement gélatiniforme de la pie mère qui devient plus accentué au niveau du lobe temporo-pariétal droit.

le couronnement de la corticothérapie anti-inflammatoire



DÉCADRON

comprimés à 0,1 et 0,5 mg

- plus, rapidement efficace,
- plus facilement maniable,
- mieux supporté,

à des doses 5 à 10 fois moindres que la prednisone.

DÉCADRON (*normal*), boîte de 40 comprimés à 0,5 mg (P. cl. 29)

DÉCADRON dosage FAIBLE boîte de 40 comprimés à 0,1 mg (P. cl. 6)

3.000 fois plus soluble que l'hydrocortisone

SOLU DÉCADRON

injectable

Sel disodique du 21 ester monophosphorique d'hexadécadrol

- effet thérapeutique immédiat,
 - parfaite tolérance, injection indolore,
 - une seule présentation prête à l'emploi,
- pour les urgences ou les traitements locaux.*

boîte de 3 amp. de 1 cm³ contenant 4 mg de phosphate d'hexadécadrol (P. cl. 28)

toutes les indications de la corticothérapie en dermatologie

SOLU DÉCADRON

crème

- principe actif anti-inflammatoire, anti-allergique, anti-exsudatif, anti-prurigineux, totalement soluble;
- excipient de parfaite tolérance.

Tube de 5 g de crème dosée à 1‰ d'hexadécadrol (P. cl. 9)

Du.SD4c-SD4-i-34



Agréés par la Sécurité Sociale et les Collectivités

CITROSODINE

DIGESTION - CIRCULATION

SIPHURYL

DIURÉTIQUE

STRYCHNAL-B¹

NORMAL

FORT

NÉVRITES - POLYNÉVRITES

VASCURÈNE

VIT. C et P + PHYTOTHÉRAPIE VEINEUSE

PHOSPHO -STRYCHNAL

TONIQUE RECONSTITUANT



LABORATOIRES
23, RUE BALLU

GRÉMY-LONGUET
PARIS IX^e

Histologiquement la pie mère est fibro-œdémateuse, nettement plus épaisse que normalement et contient des vaisseaux dilatés remplis de sang.

La substance cérébrale ne montre pas de lésions reconnaissables, en dehors d'un léger œdème. Il semble donc s'agir d'une réaction méningée banale ancienne.

Absence de signes histologiques en faveur d'une affection tuberculeuse dans plusieurs prélèvements effectués ».

En résumé : il s'agit d'une tuberculose pulmonaire d'évolution chronique, progressivement aggravée malgré l'antibiothérapie.

Tuberculose pulmonaire traitée par la cyclosérine : au cours de ce traitement se sont manifestés pour la première fois des signes neurologiques évoquant dans leur histoire clinique la classique « méningite de la convexité » de l'adulte. Les manifestations neurologiques n'ont jamais régressé, le L.C.R. est toujours resté normal, et seule l'autopsie a permis de rattacher, avec certitude, les troubles neurologiques à un processus méningé ancien.

DISCUSSION

La discussion de cette observation appelle plusieurs remarques préliminaires :

Tout d'abord, elle permet de souligner l'impuissance de l'antibiothérapie sur certaines formes graves de tuberculose pulmonaire « poly-résistantes » qui peuvent évoluer soudain vers la fonte purulente du poumon. Il est classique de rappeler l'importance du terrain, les répercussions des tares (spécificité, éthylisme) sur l'évolution de la maladie tuberculeuse.

L'action remarquable de la cyclosérine comme antibiotique de relais dans le traitement de la tuberculose a été encore récemment soulignée au XV^e Congrès International de la Tuberculose à Istanbul, en septembre 1959, par DADDI et par GOMAA.

L'action bénéfique de la cyclosérine, d'après DADDI, peut se poursuivre douze mois et plus; mais d'après les travaux de LÉVI-VALENSI, MIGUÈRES, TOUBOUL, ceux de MARTIN-LALANDE, LO et YALCIN, elle semble ne pas se prolonger efficacement au delà du 4^e, 5^e mois.

Notre observation paraît vérifier la seconde thèse, puisqu'aussi bien après une première phase d'amélioration spectaculaire, a commencé au 5^e mois, une nouvelle évolution péjorative des lésions.

* * *

L'intérêt principal de notre observation réside néanmoins dans le fait qu'elle soulève deux problèmes importants :

- celui des accidents neurologiques observés au cours du traitement à la cyclosérine;
- celui des manifestations encéphaliques au cours de la tuberculose pulmonaire.

I. — LES ACCIDENTS NEUROLOGIQUES AU COURS DE LA CYCLOSERINE-THERAPIE

Depuis les premiers travaux de 1956 (EPSTEIN, RAVINA, PESTEL), les publications se sont multipliées traitant des accidents neuro-psychiatriques de la cyclosérine-thérapie.

VALLADE et VOISIN, BLANC, GUYOTAT et ROUTIER, BRETON, LÉVI-VALENSI, CHATONNIER, MORIN, LAFFONT, SIMONIN, VERAN, TARDIEU, POULET et GUBLER, LEWIS et CALDEN, STOREY et MAC LEAN, DADDI ont apporté chiffres et observations dont on peut trouver une synthèse partielle dans un travail de LÉVI-VALENSI et collaborateurs en décembre 1957.

L'étude électro-encéphalographique des effets de la cyclosérine, l'étude métabolique de la cyclosérine ont été poursuivis au cours des dernières années (BENDA, LOTTE, FREY; LEBASCLE et CHENEBAULT; POROT et LÉONARDON; NAYRAC et BEAUSSART; JOLLIVET-NEUVILLE et DREYFUS, BRISSAC, NAQUET, DESCUDE, BROUILLET et SOULAYROL).

Selon les auteurs, la fréquence des troubles neuro-psychiatriques varie de 2 % à 50 % des malades traités : cet écart tient évidemment aux différences d'appréciation des troubles selon que sont enregistrés ou non les troubles mineurs d'excitation motrice ou psychique. Si l'on s'en tient aux publications les plus récentes, deux chiffres peuvent être avancés à titre indicatif :

— DADDI, sur 317 cas, est obligé d'interrompre le traitement 17 fois. Et sur l'ensemble de ses cas, il observe 18 réactions avec excitation motrice, et 39 réactions avec troubles psychiques, soit au total près de 18 % d'accidents ou incidents.

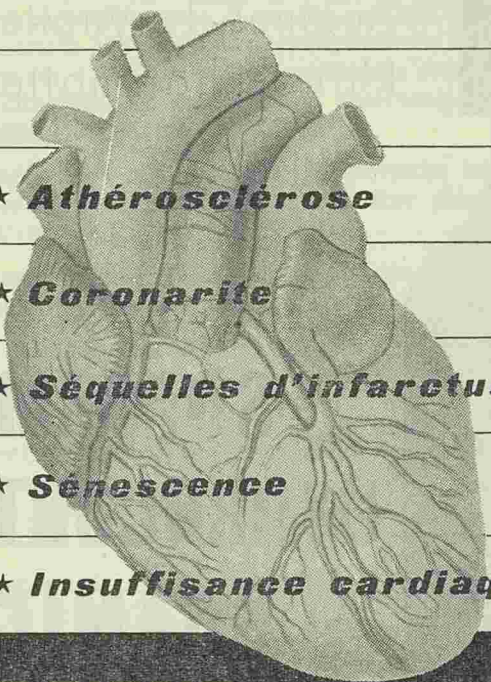
— LÉVI-VALENSI, MIGUÈRES et TOUBOUL, sur 58 nouveaux cas, n'observent qu'un seul accident neurologique, soit moins de 2 %; tandis que BENDA, LOTTE et FREY, étudiant la tolérance du médicament, sur 500 cas, constatent eux aussi, 2 % d'accidents de type épileptique.

Dans le vaste cadre des troubles neuro-psychiatriques observés, les troubles psychiques ne nous intéressent pas ici.

Ils se rattachent le plus souvent à la simple exaltation des facultés mentales : on peut voir dans les cas les plus graves, des grandes crises d'excitation maniaque, des fugues, des agressions, des tentatives de suicide; parfois, et plus rarement, des états anxieux, dépressifs, des idées délirantes. Tous ces troubles sont régressifs.

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES

- 
- ★ *Athérosclérose*
 - ★ *Coronarite*
 - ★ *Séquelles d'infarctus*
 - ★ *Sénescence*
 - ★ *Insuffisance cardiaque*

PYRIDOXINE 250 mg LABAZ
(VITAMINE B₆)

flacons de **20** et **40** comprimés

Labaz

4 RUE DE CALLIERA, PARIS 16

Angines · Laryngites
Rhino-Pharyngites

Un nouveau collutoire

efficace
incolore
pratique
édulcoré

en **FLACON**
ATOMISEUR PRESSURISÉ

contenant 15 cm³ de solution titrée à :

hydrocortisone	100 mg
gramicidine	5 mg
sulfate de framycéline	1,25 g
excipient parfumé q.s.p.	100 cm ³

- Sécurité Sociale : Remboursable



SOFRAMYCINE
HYDROCORTISONE
GRAMICIDINE
collutoire

LES LABORATOIRES ROUSSEL

35, boulevard des Invalides, PARIS-VII^e

ALGER : Société algérienne des Laboratoires Roussel, 28, r. Clauzel

CASABLANCA : Société marocaine des Laboratoires Roussel
382, boulevard Mohammed-V

TUNIS : O. S. P., 10, rue Amilcar

Les troubles neurologiques sont généralement des **troubles mineurs** : céphalées, vertiges, sensation d'ébriété, somnolence ou insomnie, tremblements, myoclonies, paresthésie, bégaiement et même polynévrite.

Les accidents majeurs sont les **crises convulsives** sur la dénomination desquelles on hésite souvent — crises comitiales, crises « épileptiformes », crises de « type épileptique » —; bien que certaines observations soient caractéristiques, il semble que l'on ne peut pas assimiler, en règle, ces crises convulsives ou épileptiformes à des crises épileptiques franches, car il n'existe aucun parallélisme obligatoire entre les manifestations cliniques, souvent typiques, observées et les manifestations électriques, elles aussi atypiques.

Si l'on tient à rechercher dans la littérature les **accidents neurologiques** traduisant une **atteinte focale**, même passagère, le bilan est extrêmement maigre.

LÉVI-VALENSI signale un cas d'épilepsie bravais-jacksonienne (régressif) et une fois des troubles **parétiques** d'un membre inférieur.

TARDIEU et ROUILLARD signalent une fois des secousses cloniques localisées à la face, une autre fois une hémiparésie faciale avec aphasia transitoire.

POULET et GUBLER observent deux cas de crises convulsives avec troubles de la parole (une aphasia, durant cinq jours; une autre crise avec jargonophasie suivie de logorrhée pendant deux jours) et les rapprochent des troubles isolés de la parole, signalés par de nombreux auteurs.

Ils se demandent alors si la cyclosérine n'aurait pas un tropisme électif pour les centres du langage.

L'étude électro-encéphalographique des malades traités à la cyclosérine n'a pas de résultats probants. Une étude systématique avant, pendant et après le traitement a été réalisée cependant par LEBASCLE et CHENEBAULT de 1956 à 1959, à Casablanca.

Les auteurs constatent avant tout traitement, 42 % de tracés perturbés, et 6 cas, soit 12 %, d'anomalies localisées.

Pendant et après le traitement ils observent des modifications très variables : sur le plan évolutif (aggravation ou amélioration), sur le plan électrique (anomalies localisées ou généralisées, sans que l'on puisse le prévoir sur le tracé initial). Il n'y a que 5 cas d'anomalies localisées, révélées ou accentuées par le traitement à la cyclosérine.

Les auteurs soulignent que la cyclosérine n'a jamais entraîné l'apparition d'anomalies électro-encéphalographiques spécifique de la comitialité.

Ces constatations rejoignent celles de nombreux auteurs. Si la pratique de l'E.E.G. systématique avant l'administration de la cyclosérine

n'est pas utile en vue de sélectionner les malades, par contre, il semble bien que les accidents neuro-psychiques surviennent électivement chez des malades ayant un tracé perturbé au départ.

Pour apprécier la fréquence et l'intensité des troubles neurologiques dus à la cyclosérine, l'étude des antécédents présentent un intérêt certain, quoique diversement apprécié.

Il est devenu classique d'éliminer du bénéfice de la cyclosérine-thérapie, les épileptiques, les éthyliques anciens, les sujets présentant des antécédents psycho-pathologiques (schizophrénie); on a proposé même d'éliminer les sujets présentant un E.E.G. perturbé.

En réalité, on a vu qu'un certain nombre de tracés électriques pouvaient être modifiés et même améliorés au cours du traitement; que les perturbations E.E.G. ne sont pas une contre-indication. La cyclosérine a pu être administrée à des épileptiques et à des malades mentaux sans provoquer d'accidents.

L'apparition d'incidents ou d'accidents neurologiques n'entraîne pas obligatoirement l'arrêt du traitement : on sait en effet aujourd'hui que ces troubles sont le plus souvent régressifs, qu'on peut même les prévenir, en administrant systématiquement des barbituriques ou mieux des tranquillisants (Et. BERNARD et ISRAËL, LÉVI-VALENSI, MORÈRE et collaborateurs).

L'étiopathogénie des troubles neuro-psychiques dûs à la cyclosérine reste obscure. Quel qu'en soit le mécanisme, encéphalopathie toxique ou mécanisme allergique (dans notre observation, comme dans les autres publications, les premiers accidents ne se sont produits qu'avec un certain retard sur le début du traitement), quel que soit l'agent toxique incriminé (lyse des BK, la cyclosérine elle-même ou l'un de ses métabolites accumulés au niveau des viscères, du cortex en particulier), il est aujourd'hui reconnu, à la suite des études sur le métabolisme de la cyclosérine, que celle-ci a une diffusibilité extrême, et que sa forte concentration au niveau du L.C.R. et du cortex pourrait expliquer les accidents passagers, la révélation d'une tare ou d'une fragilité pré-existante.

Cette propriété particulière de la cyclosérine avait été remarquée dès 1955 par RAVINA et PASTEL pour qui l'action de la cyclosérine semblait « potentialiser un état antérieur ou agir comme un facteur révélateur ».

Cette rapide revue des accidents neurologiques de la cyclosérine-thérapie permet de mieux mettre en lumière les particularités de notre observation clinique :

1° Tout au long de l'histoire, il s'est agi de signes en foyer, signes qui n'ont fait que s'aggraver en évoluant pour leur propre compte malgré l'adjonction de phénobarbital et l'interruption, à deux reprises, du traitement : à aucun moment, les signes observés ne se sont apparentés



a
 a
 ab
 ab
 abc
 abc
 abc
 abc
 abcés,
 phlegmons,
 nécrose cutanée,
 ulcères de jambe,
 brûlures thermiques,
 chimiques et électriques,
 anthrax,
 escarres,
 impetigo,
 gangrènes
 diabétiques,
 gangrènes
 artérielles,
 plaies ouvertes
 infectées,
 botryomycome,
 phlegmons,
 nécrose cutanée,
 ulcères de jambe,
 brûlures
 thermiques
 chimiques et
 électriques,
 anthrax,
 escarres,
 impetigo,
 botryomycome, a
 plaies atones ab
 gangrènes abc
 diabétiques, abc
 gangrènes - abcés
 artérielles, plaies
 ouvertes infectées,
 abcés, phlegmons,
 nécrose cutanée,
 ulcères de jambe,
 brûlures thermiques,
 chimiques et électriques,
 anthrax, escarres,
 impetigo, botryomycome,
 plaies atones,
 gangrènes diabétiques,
 gangrènes artérielles,
 plaies ouvertes infectées,
 abcés, phlegmons,
 nécrose cutanée,
 ulcères de jambe,
 brûlures thermiques,
 chimiques et électriques

**le
 détergent
 SÉLECTIF
 des plaies
 infectées**

Boîte : 1 g de Poudre de Trypsine
 (conditionnement spécial pour pulvérisations)
 S.S. A.M.G. COLL A.P. (540 frs)

Poudre de trypsine

plaies soignées, abcés, phlegmons,
 nécrose cutanée, ulcères
 de jambe brûlures
 thermiques, chimiques et
 électriques, anthrax, escarres,
 impetigo, botryomycome, plaies
 atones, gangrènes diabétiques,
 gangrènes artérielles, plaies
 abcés, phlegmons, nécrose cutanée,
 gangrènes
 artérielles,
 phlegmons,
 escarres,
 impetigo,
 anthrax

LABORATOIRE



48, Av. Th. Gautier

Paris (16^e)

Publicis

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS

LABORATOIRE DE L'HEPATROL

4, Rue Platon — PARIS-XV^e

—o—

Produits disponibles dans toutes les Pharmacies de Tunisie

FOIE LYOPHILISE ROLLAND

Tout le contenu cellulaire de l'organe vivant

{	Flacons de 50 mg
	Flacons de 250 mg

ANTIANEMIQUES

ERYTHROTON dragées	Antianémique polyvalent
HEPATROL BUVABLE	Extrait de foie total
HEPATROL INJECTABLE	Extrait de foie total
VITAMINE B. 12 + FOIE	idem. renforcé B. 12
METHIOFOLINE	Lipotrope antianémique

STHENIQUES

ACTIVAROL	Tonique général biologique
ACTIVAROL VIT. C. 500 mg	Vitamine C potentialisée
ACTIVAROL ENFANTS	Médicament de la croissance
DOC-TESTOSTERONE ROLLAND.	Médication surrénalienne des asthénies
NICICALCIUM Adultes et Enfants	Calcithérapie stimulante

HORMONES

SYNERGON	} Synergies bi-hormonales permettant d'éviter les effets indésirables de chaque hormone employée séparément.
TESTOSTERONE-	
PROGESTERONE ROLLAND	
TESTOSTERONE-	
FOLLICULINE ROLLAND	}

HORMONES RETARD ROLLAND

TESTOSTERONE GESTRADIOL	} Diffusion régulière. Imprégnation hormonale constante et prolongée.
TESTOSTERONE RETARD 50 mg	
TESTOSTERONE RETARD 100 mg	
GESTRADIOL RETARD	

DIVERS

ASPRIZINE	Synergie anti-algique, anti-pyrétique
ASPRIZINE FAIBLE	Thérapeutique à doses filées
NOVOSPAROL	Spasmolytique de synthèse
PASINIAZIDE	Chimiothérapie anti-tuberculeuse
VAGOPROL	Sédatif nerveux à action progressive
CYCLONAROL — CYCLONAROL	O.R.L. et Ophthalmologie
PENICILLINE	

aux troubles neurologiques habituellement observés. Un seul caractère pouvait induire en erreur : la date d'apparition des troubles neurologiques, retardée par rapport au début du traitement.

2° Tout s'est passé comme si la cyclosérine, à partir d'une certaine dose, était venue rendre « parlantes » des lésions jusque-là latentes ou des lésions débutantes qui ne se seraient révélées que plus tard.

C'est la nature de ces lésions qui nous conduit à aborder le second problème posé par cette observation.

II. — LES MANIFESTATIONS ENCEPHALIQUES

AU COURS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Les manifestations neurologiques au cours de la tuberculose pulmonaire posent, en effet, des problèmes diagnostiques ardues. Cela tient, en effet, en l'absence de critères anatomiques, à la grande difficulté de leur interprétation : une association morbide est toujours possible.

Dans le cadre de la maladie tuberculeuse, ces manifestations peuvent être elles-mêmes très diverses.

Si les cas du « tuberculome » ou de la « méningite tuberculeuse » sont bien différenciés, il en va autrement d'états intermédiaires qui ont fait parler « d'encéphalite » ou « d'encéphalopathie tuberculeuse », de « tuberculose du névraxe sans méningite », de « tuberculoses subaiguës régressives du névraxe ». Dans ce cadre, avec BÉNARD, PÉQUIGNOT et COHEN-SOLAL, il ne faut ranger que les manifestations neurologiques survenant au cours des tuberculoses miliaires comme des tuberculoses chroniques, caractérisées par une atteinte **parcellaire** (hémiplégie, monoplégie, monoparésie, neuro-myélite optique, paralysie faciale, paraplégie), atteinte **régressive** sous l'effet de la thérapeutique antituberculeuse générale, atteinte qui se produit **sans réaction méningée**.

Dans la majorité des cas, ces manifestations guérissent sans séquelles cliniques ni biologiques.

Leur origine peut reconnaître plusieurs causes — on en est réduit aux hypothèses — : origine allergique, par phénomènes de sensibilisation du névraxe aux allergènes tuberculeux (WAREMBOURG, BARUK et BERTRAND, POURSINES et ROGER), désordre vasculaire (LHERMITTE), encéphalite hémorragique.

En fait, dans notre observation, l'évolution clinique en deux temps — épilepsie focale puis monoplégie —, évoque d'emblée un foyer localisé : tuberculose ou foyer méningé. L'absence de modifications du L.C.R. pouvait induire en erreur et faire évoquer le cadre nosologique des tuberculoses du névraxe sans méningite.

Seule l'autopsie a permis de porter un diagnostic exact : l'existence d'un processus méningé ancien et authentique explique l'évolution des signes cliniques, il s'agit d'une méningite atypique à L.C.R. normal. Méningite de la convexité de l'adulte que la cyclosérine a rendu parlante.

Deux points obscurs persistent néanmoins :

1° Celui de la date du début des lésions méningées : avant le traitement à la cyclosérine ou au début des manifestations cliniques ? On peut penser, sans pouvoir l'affirmer, que ces lésions sont contemporaines du début du traitement ou de la poussée évolutive qui l'a précédé.

2° Celui de la nature tuberculeuse des lésions méningées : l'absence de signes histologiques de tuberculose après l'autopsie ne permettent pas d'affirmer que l'on se trouve en présence d'une méningite tuberculeuse atypique.

Néanmoins, ce diagnostic est d'une haute probabilité : les lésions tuberculeuses ont pu être stérilisées par le long traitement antibiotique reçu par ce malade.

Cette observation anatomo-clinique privilégiée permet de verser une pièce de plus au dossier de la cyclosérine, « agent sensibilisateur ».

BIBLIOGRAPHIE

1. BARIETY, COURY, BOIRON : « L'actualité pneumo-ptisiologique en 1954 : ...accidents neurologiques au cours de la tuberculose pulmonaire ». Revue du Praticien, T. IV, N° 3, 21 janv. 1954, p. 188.
2. BENARD, PEQUIGNOT, COHEN-SOLAL : « Tuberculose du névraxe sans méningite au cours de la tuberculose pulmonaire résolutive sous l'influence du traitement ». Sem. des Hôp., N° 75, 22 déc. 1956, p. 4.037.
3. BENDA, LOTTE, FREY : « Sur la tolérance des malades à l'égard de la cyclosérine ». Sem. des Hôp., La Semaine Thérapeutique, N° 8, octobre 1958, p. 695.
4. Etienne BERNARD, LOTTE : « Méningite tuberculeuse : étiologie, pathogénie ». Revue du Prat., T. III, N° 20, 11 juillet 1953, p. 1.405.
5. BRETON, GUILLAUME, GAUDIER, PONTE : « Etude métabolique de la cyclosérine chez l'enfant ». Archives françaises de Pédiatrie, 1959, T. 16, N° 1, p. 35.
6. CASTAIGNE : « Les tuberculoses méningées de l'adulte ». Revue du Prat., T. III, N° 20, 11 juillet 1953, p. 1.421.
7. CHATONNIER, FOURMENT : « Traitement de la tuberculose pulmonaire par la cyclosérine : à propos de 76 cas ». Journ. Pn. Pht. Af. Nord, T. VI, N° 3, p. 155.
8. DADDI : « Observation sur l'action anti-tuberculeuse de la cyclosérine ». Bull. de L'Union Internat. contre la Tub., vol xxix, N° 3, p. 541.
9. Taha GOMAA : « Cyclosérine therapy in pulmonary tuberculosis ». Bull. Un. Int. contre la Tub., vol. xxx, N° 2-3, p. 312.

10. JOLIVET-NEUVILLE, DREYFUS-BRISAC : « Considérations sur les données électro-encéphalographiques au cours des traitements par la cyclosérine ». *Revue Neurol.*, 1957, T. 96, N° 6.
11. LEBASCLE, CHENEBAULT : « Etude électro-encéphalographique de cinquante tuberculeux pulmonaires traités par la cyclosérine ». *Maroc Médical*, N° 416, janv. 1960, p. 67; *Journ. de Pn. Pht. Af. Nord*, T. IX, N° 1, 1^{er} trim. 1960, p. 1.
12. LEVI-VALENSI, MIGUERES, TOUBOUL : « Bilan de deux ans de traitement de la tuberculose pulmonaire par la cyclosérine : à propos de 108 observations » (Biblio.). *Journ. de Pn. Pht. Af. Nord*, T. VIII, N° 6, 1^{er} trim. 1959, p. 7.
13. LEVI-VALENSI, MOLINA, MIGUERES, DALET : « Bilan du traitement par la seule cyclosérine de cinquante tuberculoses pulmonaires suivies pendant 3 à 6 mois ». *Journ. de Pn. Pht. Af. Nord*, T. VI, N° 3, p. 153.
14. LEVI-VALENSI, POROT, LEONARDON, DALET, MIGUERES : « Les accidents neuro-psychiatriques survenant chez les tuberculeux traités par la cyclosérine ». *Annales Méd. Psych.*, T. II, décembre 1957, p. 899 (Biblio.) *Presse Médicale*, année 1958, N° 38, p. 850.
15. LEWIS, CALDEN, THURSTON, GILSON : « Psychiatric and neurological reactions to cyclosérine in the treatment of tuberculosis ». *Diseases of the chest*, 1957, 2, p. 172.
16. MARTIN-LALANDE, LO, YALCIN : « Six mois de cyclosérine-thérapie en pratique sanatoriale ». *Le Poumon et le Cœur*, 1957, N° 4, p. 339.
17. MIGUERES, COSTAGLIOLA : « Encéphalopathie aiguë régressive au cours d'une tuberculose ganglio-bronchique de l'adulte ». *Journ. de Pn. Pht. Af. Nord*, T. VII, N° 1, 1958, p. 35.
18. MORERE et coll. : « Bilan de huit mois de traitement de la tuberculose pulmonaire par la D cyclosérine ». *Journ. de Pn. Pht. Af. du Nord*, T. VI, N° 3, p. 159.
19. NAQUET, DESCUDE, BROUILLET, SOULAYROL : « Troubles neuro-psychiques et modifications électro-encéphalographiques au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par la cyclosérine ». *Ann. Méd. Psych.*, N° 3, mars 1958.
20. NAYRAC, BEAUSSART : « Aspects électro-encéphalographiques chez les bacillaires soumis à un traitement par la cyclosérine ». *Revue Neurol.*, 1957, T. 96, N° 6.
21. POROT, LEONARDON, DALET : « Note préliminaire sur les accidents neuro-psychiatriques survenant chez les tuberculeux traités par la cyclosérine ». *Journ. de Pn. Pht. Af. Nord*, T. VI, N° 3, p. 163.
22. POULET, GUBLER : « Résultats et accidents observés au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par la cyclosérine ». *Revue de la Tuberculose*, novembre 1957, T. 21, N° 11, p. 1881.
23. RAVINA, PESTEL : « Une nouvelle médication antibiotique et anti-tuberculeuse : la cyclosérine ». *Presse Médicale*, 1955, 63, N° 79, 26 novembre 1955, p. 1.637.
24. SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LA TUBERCULOSE : « La cyclosérine ». *Revue de la Tuberculose*, T. 21, N° 11, novembre 1957, p. 1.155 et sq.
25. STOREY, MAC LEAN : « Some considerations of cyclosérine ». *American Rev. Tub.*, 1957, 4, p. 154.
26. TARDIEU, ROUILLARD, LABEGUERIE : « Etude de 216 malades traités par la cyclosérine à Cambo ». *Revue de la Tub.*, T. 21, N° 11, novembre 1957, p. 1.249.
27. VERAN, MOIGNETEAU, TRICHEREAU, VERCELETTO, CREMET : « Cyclosérine et tuberculose cavitaire : résultats d'une année d'expérience ». *Presse Médicale*, 1958, N° 18, p. 303.

Liveroil

SUPPOSITOIRES

HUILE DE
FOIE DE MORUE
EUVITAMINÉE

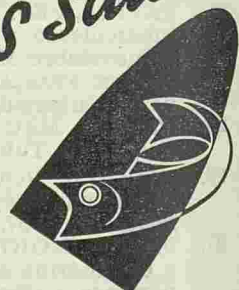
A B₁ B₂ B₆ D₂

+ EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE DE FOIE

APPETIT

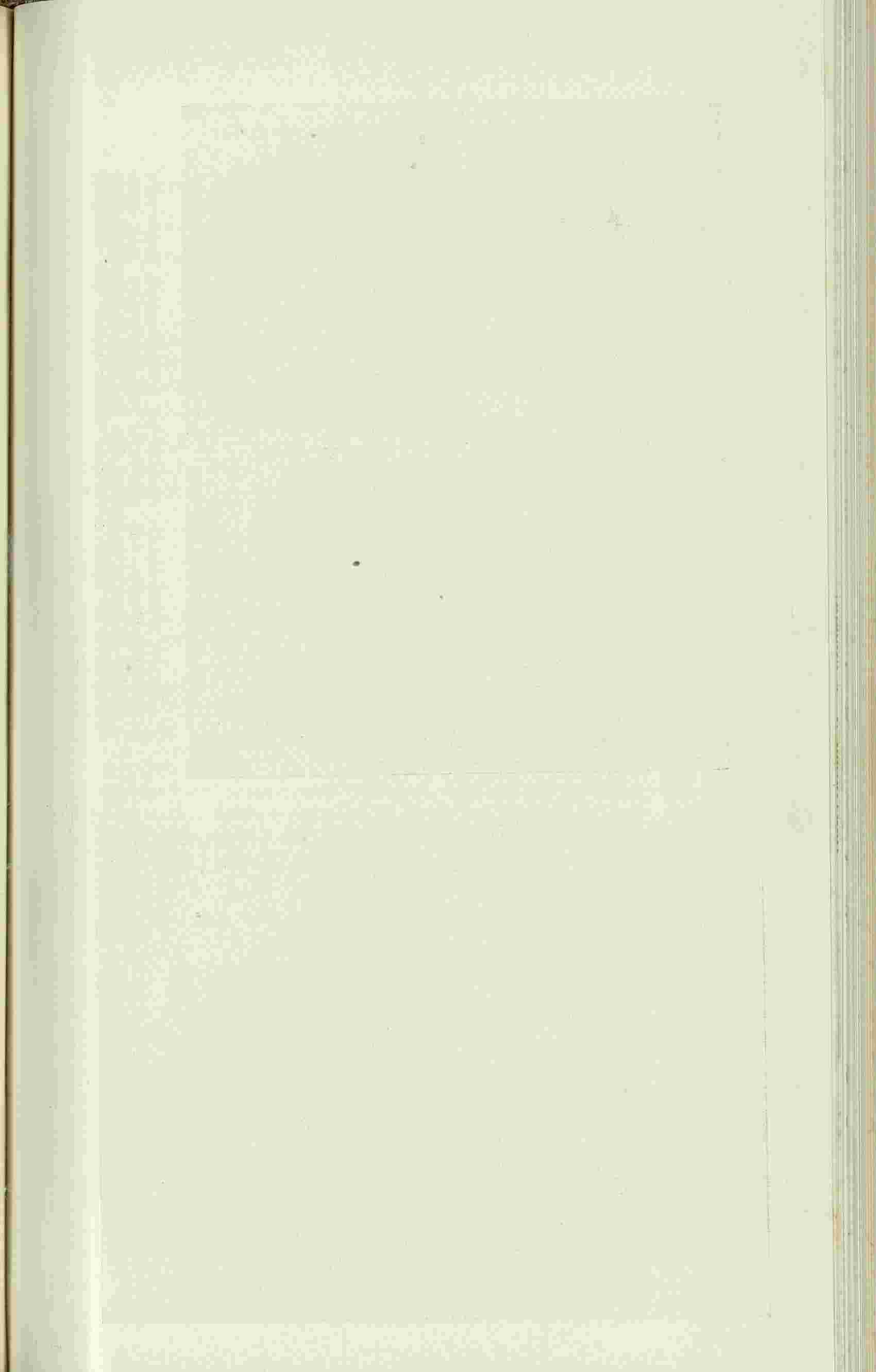
rend le bon

*à tout âge de la vie
en toutes saisons*



TUNISIE : V. BISMUTH - 4, Rue de Strasbourg - TUNIS

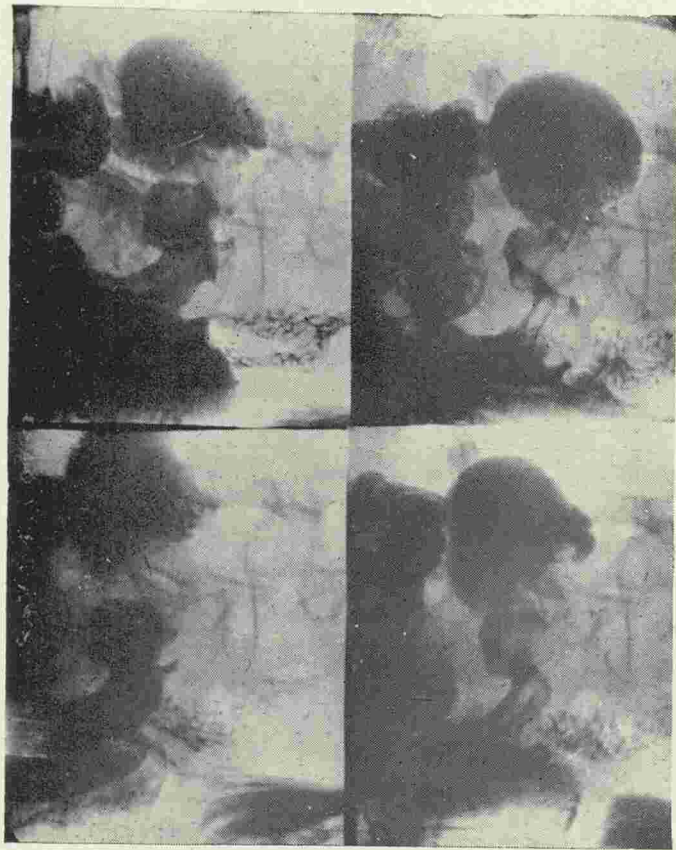
LABRES CHAMBON-PÉRIGUEUX ET 1 RUE DANTON-PARIS



Observation N° 1 (Mamia)



Sur ce cliché de profil, la niche de D₁ de grande taille, apparaît nettement, avec la dilatation du genu superius.



La série duodénale montre un remaniement important du duodénum. On remarque en particulier une dilatation du genu superius, due à l'ulcère sous-jacent de D₁, dont la niche n'est pas visible parce que masquée par le genu superius dilaté.

Trois cas d'Ulcère Duodénal à Symptomatologie Tumorale

par M. le Dr André HAGEGE

—o—

Le diagnostic clinique d'ulcère duodénal repose essentiellement sur l'interrogatoire du malade. Peu d'affections, en pathologie, comportent une symptomatologie physique aussi réduite, pour ne pas dire aussi inexistante.

Aussi lorsque, comme dans les cas que nous présentons, se manifestent des signes physiques patents, le diagnostic, loin d'en être facilité, risque fort de s'égarer.

C'est ce qu'illustre bien l'observation suivante :

OBSERVATION N° 1

Une malade, âgée de 48 ans, entre à l'Hôpital Sadiki le 14 janvier 1960. Elle souffre depuis quelques jours de douleurs violentes à type de brûlures, de crampes et d'arrachement qu'elle décrit comme continues et exacerbées, dit-elle, par les repas. Après chaque prise d'aliments, la malade est prise de vomissements insurmontables et ne peut rien garder dans son estomac. Aussi est-elle déjà amaigrie et déshydratée.

L'examen révèle l'existence d'une masse de l'hypochondre droit, légèrement mobile, assez bien délimitée, mais un peu empâtée, très douloureuse à la palpation. Durant le séjour de la malade, nous avons eu l'occasion d'assister à des poussées douloureuses où la malade se tortillait dans son lit, et où la masse semblait se gonfler et se tendre. Elle nous parut à plusieurs reprises varier de volume.

Pour nous, le diagnostic clinique n'était guère douteux : il s'agissait d'une vésicule calculeuse donnant lieu à des poussées d'hydrocholécyste. La situation de la masse, son caractère douloureux à la palpation, un petit état subfébrile entre 37°5 et 38°, une formule sanguine comportant une leucocytose à 15.500 blancs et 71 % de polynucléaires, tout nous paraissait en faveur d'un tel diagnostic.

L'indication opératoire allait presque de soi. Mais grande fut notre surprise lorsqu'ayant fait faire une cholécystographie, la vésicule nous apparut perméable, bien imprégnée, non lithiasique.

Nous référant aux antécédents de la malade, opérée en 1954 à Charles Nicolle d'un cancer du col utérin, nous avons pu nous demander s'il ne s'agissait pas d'une extension des lésions néoplasiques au foie ou au péritoine; mais l'ensemble de la symptomatologie ne nous paraissait pas correspondre de façon satisfaisante à cette hypothèse.

Des radiographies de l'estomac avaient bien été pratiquées, mais le dossier s'étant attardé au service de la radiologie, et nous-même lui attribuant peu d'importance — car nous étions très loin du diagnostic exact — l'intervention a eu lieu début février sans que nous ayons pris connaissance des clichés gastro-duodénaux.

La malade est opérée par le Dr BOULAKIA dont voici le compte-rendu :

« A l'ouverture de l'abdomen, tumeur du volume d'une grosse prune « adhérente au mésocolon et au pancréas.

« On pense à un néoplasme. Décollement colo-épiploïque; libération de la masse qui a l'aspect d'une masse ulcéreuse (grosse inflammation, piqueté hémorragique); après exploration plus complète, cette « masse siège sur la partie supérieure de D 2; D 1, pylore et antre sont « rétractés de façon considérable, ce qui fait comprendre qu'on ait « d'abord situé la masse sur la région antro-pylorique.

« D'ailleurs, le siège du cratère ulcéreux est confirmé par l'exploration endo-gastrique faite au cours de la gastro-entérostomie.

« Gastro-entérostomie pré-pylorique en un plan par points séparés. »

Ce résultat opératoire nous fait reporter au dossier de la malade et nous avons trouvé rétrospectivement des éclaircissements au diagnostic que l'existence même de la masse nous avait détournés d'évoquer :

1° Sur le plan clinique, nous avons appris que, durant tout son séjour à l'hôpital, la malade présentait ses crises douloureuses tous les après-midi vers 17 heures et que, régulièrement, il était fait appel chaque jour à l'interne de garde : ainsi était établie la notion d'horaire tardif, de rythme post-prandial tardif de la douleur.

2° Nous avons examiné ses clichés gastro-duodénaux et fait les constatations suivantes (fig. 1 et 2) : l'estomac est hyperkinétique, mais n'offre pas de lésion; par contre, la morphologie duodénale est profondément bouleversée; le bulbe est déformé par une série d'encoches et de récessus; le genu superius présente sur plusieurs images un aspect de dilatation considérable. Cette dilatation est due à l'existence d'un ulcère sous-jacent, situé en plein deuxième duodénum et dont la niche est visible, très volumineuse, sur un des clichés.

Ces détails expliquent la symptomatologie physique : une masse inflammatoire s'est constituée autour de l'ulcère, masse visible à l'intervention; mais ce qui contribuait le plus à la rendre palpable, tout en expliquant ses variations de volume, c'est la demi-sténose sus-vatérienne que l'ulcère provoquait et qui entraînait un gonflement variable de la première partie du duodénum.

OBSERVATION N° 2

Cette observation nous a remis en mémoire celle d'un autre malade que nous avons pu suivre, en 1958, à l'Hôpital Habib Thameur, service

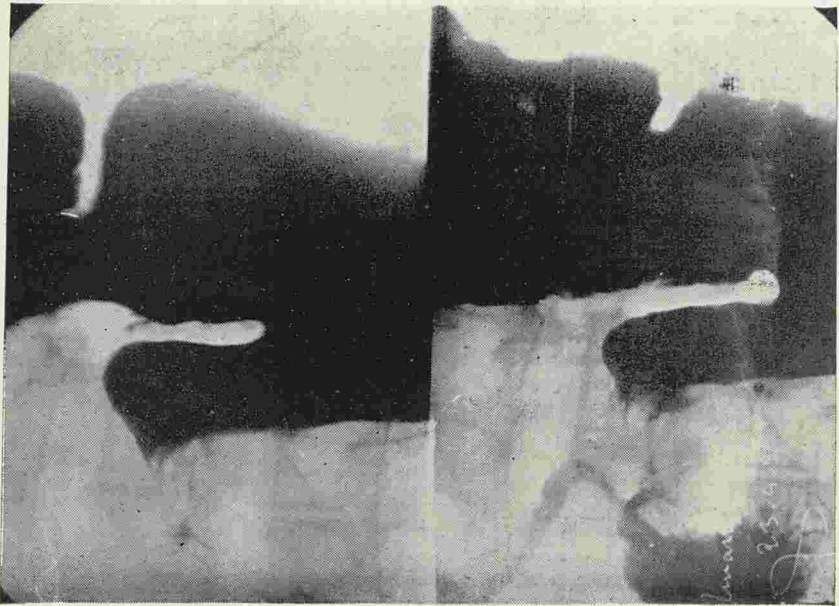


Very faint, illegible text or markings in the middle section of the page.





On voit ici le bulbe duodénal, déformé, typiquement ulcéreux.



La masse perçue cliniquement apparaît sous l'aspect d'une image lucenaire comprenant la grande courbure de l'estomac.

Le bulbe duodénal n'est pas imprégné, mais on remarque un reflux de la lumière dans la voie biliaire principale, par fistule colédoco-duodénale.

de Chirurgie B (Dr KOSKAS) et dont le dossier nous avait paru déjà intéressant à l'époque.

Le malade était un homme de 59 ans, amené à la consultation de gastro-entérologie du service en très mauvais état et qu'il fallut hospitaliser.

Le début de ses troubles remontait à 1950. Pendant trois ans le malade avait présenté des poussées douloureuses de 15/20 jours, en général hivernales, séparées par de longues périodes de sédation complète.

A partir de 1953, la douleur ne lui accorda plus que des répits très brefs, ne dépassant pas quelques jours.

Les douleurs étaient épigastriques, à type de crampes et de torsions survenant de 2 à 4 heures après les repas et souvent calmées par un vomissement. En janvier 1958, le malade avait présenté un moelena.

L'examen montre un sujet pâle et amaigri. La palpation de l'abdomen révèle l'existence d'une masse considérable, occupant tout l'épigastre, allongée de haut en bas, sa convexité inférieure parvenant à l'ombilic. Son bord droit, partant de l'hypochondre droit à sa partie moyenne et descendant oblique vers l'ombilic est net; son bord gauche, mal limité, semble dépasser la ligne médiane. Cette masse est uniformément dure et assez douloureuse à la palpation.

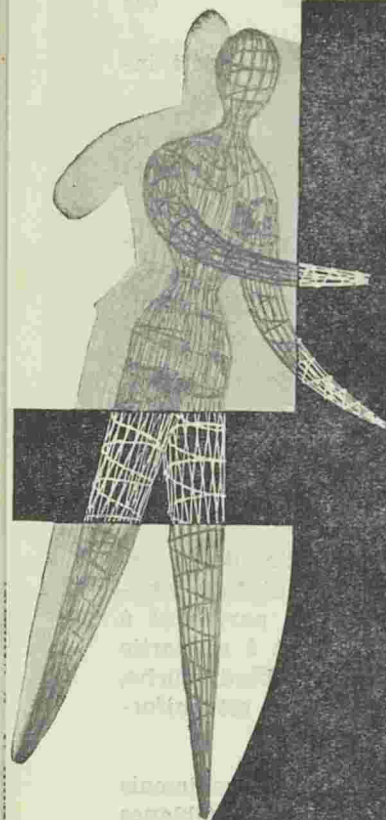
Le malade est subfébrile, mais sa température ne dépasse jamais 38°. Sa formule sanguine comporte 3.100.000 globules rouges, 16.400 blancs avec 87 % de polynucléaires.

Des radiographies de l'estomac (fig. 1 et 2) montrent bien la compression exercée par la masse sur la grande courbure antrale. Mais surtout, centrant cette masse, existe un ulcère duodénal dans un bulbe déformé gardant mal la baryte. En outre, une injection par la baryte de la voie biliaire principale, partie de la niche ulcéreuse, révèle qu'il existait une fistule cholédoco-duodénale.

Notre opinion était qu'il s'agissait d'un ulcère duodénal avant entraîné une fistule bilio-digestive et une réaction inflammatoire, d'une intensité inaccoutumée, avec formation d'une masse pseudo-néoplasique. Diagnostic quelque peu hasardeux, et que nous avons été presque honteux d'avoir avancé en présentant le malade au Professeur agrégé HIPP, alors de passage à Tunis, et qui nous conseilla plutôt de nous méfier d'un cancer du pancréas.

Toujours est-il que le malade est soumis à un traitement de protéinothérapie intra-veineuse associé à des reconstituants.

Une évolution dont les progrès sont sensibles presque journellement amène une chute de la fièvre, une réparation de l'anémie, une reprise



publinter

*un inlassable esprit de recherche
une concentration industrielle
unique en ce domaine
sont à l'origine
de la perfection
et de la richesse
de la gamme
d'appareils radiologiques
que Massiot-Philips
est fier de mettre
à la disposition
du corps médical*

*une expérience universelle
une gamme exceptionnelle
répondant à tous les moyens
à toutes les techniques
un service omniprésent
des prix justifiés par
une qualité inégalable
font de Massiot-Philips
le premier constructeur français
d'appareils radiologiques*

MASSIOT PHILIPS

MATÉRIEL MÉDICAL

49 avenue hoche paris 8 carnot 06-24

MASSIOT - PHILIPS : Rue des Hortensias, Nouvelle Ariana — TUNIS

de l'état général. Mais, chose remarquable, on assiste à une fonte progressive de la masse épigastrique, au point qu'après deux mois d'observation et de traitement, l'épigastre a repris une consistance sensiblement normale.

Le 10 juin 1958, le malade est opéré par le Dr PIETRI :

« On tombe sur un barrage d'adhérences épiploïques qui masque la région duodénale et vésiculaire. La libération de ces adhérences montre la région pyloro-duodénale fortement attirée sous le foie et fixée à un bloc dur, du volume d'une grosse noix, plaqué en dehors de la vésicule qu'il écrase. Ce bloc semble constitué par des adhérences ayant cloisonné une perforation d'ulcère duodénal. »

Le chirurgien pratique une gastrectomie par exclusion.

Les suites opératoires sont très satisfaisantes et le malade quitte bientôt l'hôpital en excellent état.

OBSERVATION N° 3

Récemment il nous a été donné de suivre un malade analogue à l'Hôpital Sadiki.

Il s'agit d'un homme de 48 ans, Lazhar Ben O..., originaire de Tozeur.

Il vient consulter au début de septembre 1960 pour une tuméfaction de l'hypochondre droit dont il déclare être porteur depuis environ deux mois. A cette époque, il a ressenti un matin de bonne heure, peu après son réveil, une douleur brutale, d'une extrême violence, en coup de poignard, de la partie sus-ombilicale de l'abdomen. Cette douleur a bientôt diffusé à tout l'abdomen, accompagnée de vomissements et d'un malaise intense. Le malade a gardé le lit 48 heures, puis a repris son travail. Mais dans les jours suivants, il a noté l'apparition et l'accroissement progressif d'une masse de l'hypochondre droit. Pâle et fatigué, il demande à être soigné à l'hôpital.

L'examen montre bien l'existence de cette masse. Allongée, ovulaire, elle part de l'hypochondre droit, où elle paraît se perdre sous le rebord costal, et se dirige obliquement en dedans vers l'ombilic qu'elle atteint sans le dépasser. Sa consistance est dure, mais relativement élastique, son immobilité absolue, son indolence complète. L'ombilic apparaît rouge, tuméfié, et la palpation y décèle un début de fluctuation.

L'interrogatoire du malade relève, durant les 18 mois précédents, des épisodes douloureux épigastriques isolés, très brefs, ne se prolongeant jamais au delà d'un quart d'heure, survenant environ tous les 2 à 3 mois. Fait remarquable, ces crises survenaient invariablement à 11 h. du matin et étaient jugulées rapidement par l'absorption d'une infusion.



DOUBLE ACTION

AMŒBICIDE
— PAR VOIE ORALE —
BACTÉRICIDE

Entobex

UN SEUL BUT
ANTIDYSENTÉRIQUE

1 ou 2 dragées
3 fois par jour

Flacon de
20 dragées à 50 mg
P. Cl. 6

C I B A

P. Cl. 6

113

The first part of the book is devoted to a general history of the United States from its discovery by Columbus in 1492 to the present time. It covers the early years of settlement, the struggle for independence, the formation of the Constitution, and the growth of the nation to its present boundaries and population.

The second part of the book is devoted to a detailed history of the United States from the beginning of the American Revolution in 1775 to the present time. It covers the military and political events of the Revolution, the early years of the Republic, the War of 1812, the expansion of the nation, the Civil War, and the Reconstruction period.

The third part of the book is devoted to a detailed history of the United States from the beginning of the American Revolution in 1775 to the present time. It covers the military and political events of the Revolution, the early years of the Republic, the War of 1812, the expansion of the nation, the Civil War, and the Reconstruction period.

The fourth part of the book is devoted to a detailed history of the United States from the beginning of the American Revolution in 1775 to the present time. It covers the military and political events of the Revolution, the early years of the Republic, the War of 1812, the expansion of the nation, the Civil War, and the Reconstruction period.

Observation N° 3 (Lazhar)

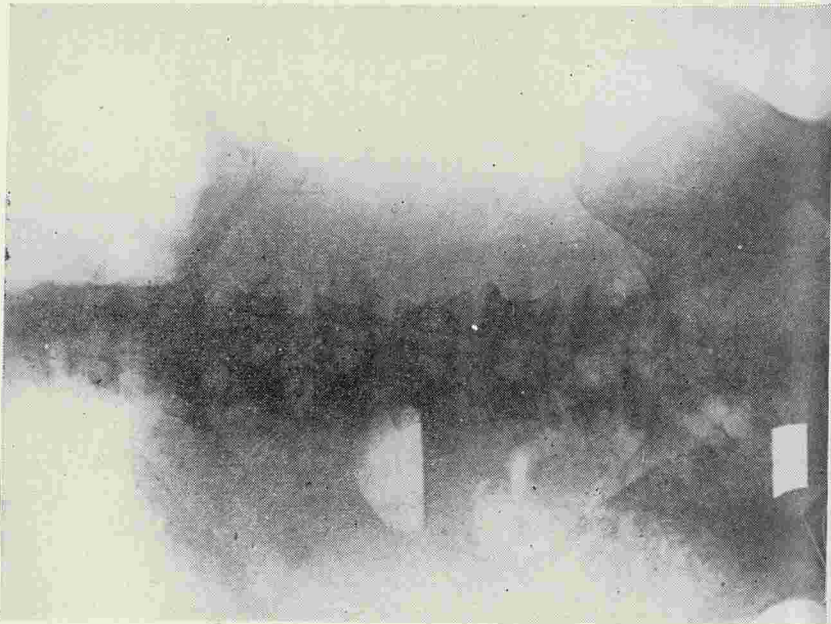
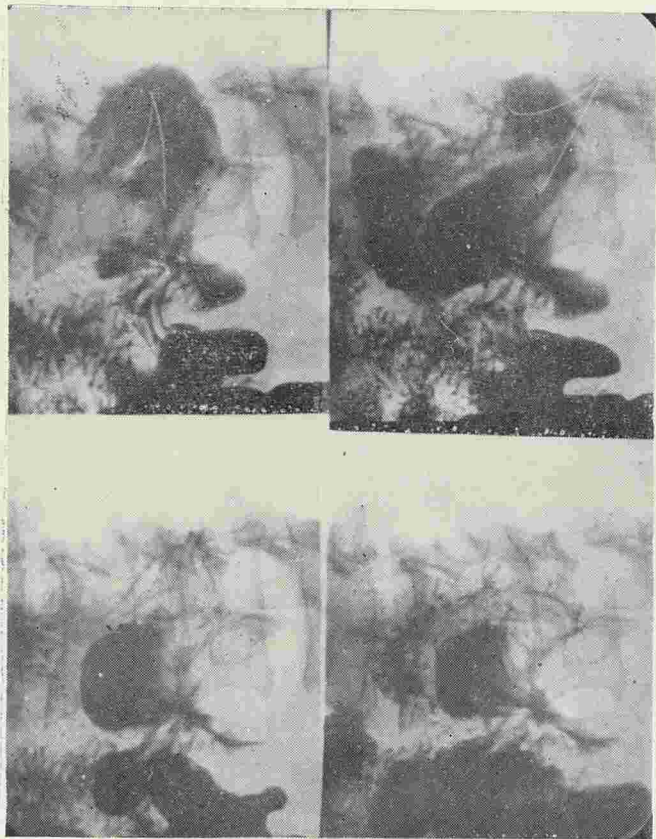


Image hydroaérique traduisant l'existence d'un abcès sous-hépatique.



L'ulcère duodénal apparaît clairement sous la forme d'une niche à la base d'un mégabulbe déformé et œdémateux.

Ici encore nous avons envisagé l'hypothèse d'une affection vésiculaire. Mais en raison de l'orientation atypique de la masse, nous avons songé à la possibilité d'une pancréatite aiguë ayant laissé après elle la masse constatée.

La cholécystographie a fait justice de la première supposition : la vésicule biliaire était bien imprégnée, non pathologique.

Mais une radiographie de l'abdomen sans préparation, nous a montré un abcès siégeant à droite, sous la forme d'une image hydro-aérique parfaitement identifiable sur le cliché (fig. 1).

De fait, dès le début de son séjour dans le service, le malade a présenté une fistulisation de son ombilic, d'où un pus assez abondant s'est écoulé pendant plus de deux semaines. Au fur et à mesure, la masse diminuait de volume et de consistance, mais persistait, alors que la fistule s'était tarie.

C'est durant cette évolution soulignée au début par un état sub-fébrile (jamais plus de 38°) et par une anémie à 3.900.000 hématies avec 11.000 globules blancs et 82 % de polynucléaires, que des radiographies de l'estomac ont révélé l'existence d'un ulcère duodéal indiscutable, bien visible, sous la forme d'une niche de la partie moyenne d'un mégabulbe (fig. 2).

Il s'était donc agi d'une perforation d'ulcère duodéal en péritoine cloisonné, ayant entraîné un abcès sous-phrénique.

Le malade, traité comme un ulcère duodéal, est demeuré deux mois dans le service et en est sorti, le 14 novembre 1960, complètement guéri de son abcès : la masse avait entièrement disparu; la température était redevenue normale, il n'existait pas de douleurs, et l'état général s'était largement relevé.

* * *

Telles sont ces trois observations qui nous ont paru présenter un gros intérêt.

La symptomatologie tumorale qui caractérise ces trois cas d'ulcère duodéal n'a pu, à vrai dire, se constituer qu'à la faveur d'une complication de la lésion causale et n'a été que la traduction de cette complication : car l'ulcère duodéal banal, non compliqué, ne saurait entraîner à lui seul l'apparition d'une masse palpable.

Dans le premier cas, la masse inflammatoire proprement dite, s'asortissait d'un gonflement variable du duodénum en amont de l'ulcère, grâce à un mécanisme de sténose.

Dans les deux autres cas, une perforation de l'ulcère en péritoine cloisonné avait engendré une tumeur inflammatoire considérable. Identiques par le mécanisme de la constitution de la masse et par le caractère torpide, mais complètement résolutif, de l'évolution, ils ne diffèrent l'un de l'autre que par la différence de netteté de l'histoire clinique et par l'absence de fistulisation de l'un des deux cas.

TABLETTES CAVED - (S)

au Suc de Réglisse déglycyrrhizinisé

TRAITEMENT DES GASTRITES, GASTRITES SURAJOUTÉES,
GASTRITES MÉDICAMENTEUSES.

PROTECTION DE LA MUQUEUSE GASTRIQUE
CONTRE LES INCIDENTS DIGESTIFS
PROVOQUÉS PAR LES ANTI-INFLAMMATOIRES

Laboratoires de l'AMBRINE : 22, Rue Perceval, Paris-14^e

TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Avenue de Londres — TUNIS

Considérations sur les aspects évolutifs des Toxicophilies en Tunisie

par les Drs Sleim AMMAR et E. M'BAREK

Extrait du Rapport rédigé à l'occasion du Colloque des Experts
de la Santé Mentale (Alexandrie, 19-23 déc. 1960)



Les différents aspects cliniques, psycho-bio-pathologiques et sociaux des toxicomanies, en Tunisie, et plus généralement en Afrique du Nord, ont revêtu depuis longtemps une importance particulière. Les réformes de structure introduites dans la République Tunisienne depuis l'Indépendance ont profondément modifié ces aspects.

Qu'on se limite aux classiques toxicomanies majeures (chanvre indien, opium, acétylmorphine) ou mineures (thé) ou qu'on s'étende au nouveau cadre de l'appétence toxicophilique englobant névroses toxicomaniaques et alcooliques, les différents aspects étudiés apparaissent comme le reflet et la conséquence de l'évolution sociale, culturelle et économique du pays.

Contrairement à certaines tendances répandues dans d'autres pays, la sociogénèse des conduites psychopathologiques mises en jeu paraît chez nous plus importante à considérer au double point de vue théorique et pratique que l'analyse structurale des tendances toxicophiliques de l'individu pris isolément. Dans cette dernière perspective, l'action prophylactique et thérapeutique apparaît très difficile à réaliser et de faible portée

Ainsi, la consommation de thé noir en décoction, introduite en 1912 par les réfugiés tripolitains, très répandue en milieu rural, détermine des troubles nerveux et généraux mineurs, mais suffisants pour accentuer l'asthénie, l'oisiveté et le chômage, bien que ne provoquant pas généralement les délires et états hallucinatoires décrits dans les pays anglo-saxons, en particulier par NORTON, en Irlande, dès 1879.

70 % des malades mentaux hospitalisés sont plus ou moins intoxiqués par le thé, sans que cela soit une cause directe et exclusive de la psychose. La cachexie théique classiquement décrite avant l'Indépendance, relevait plutôt, dans les cas extrêmes, d'une sous-alimentation chronique aggravée par cette boisson dont l'action dyspeptique et anti-apéritive était souvent recherchée pour calmer la faim.

L'extrait de chanvre indien fumé, appelé takrouri (maconha au Brésil, marihuana en Amérique du Nord), qui pousse à l'état sauvage et dont la culture et la vente étaient licites sous le protectorat fran-

Taractan

(Ro 4 - 0403)

Roche

UNE FORMULE NOUVELLE

Première application thérapeutique des propriétés
des *THIOXANTHÈNES*

UNE PLACE ORIGINALE
parmi les neuroplégiques
et les tranquillisants

INDICATIONS

Etats maniaques
Etats dépressifs
Angoisse
*Etats aigus d'agitation, d'excitation,
de délire hallucinatoire*
Troubles caractériels
*des épileptiques
des inadaptes
des dégénérés*
Anxiété, hyperémotivité
Tension nerveuse
*Inquietude
Tendances phobiques et
hypocondriaques.*

ACTION ÉLECTIVE D'ÉQUILIBRATION DE L'HUMEUR
quel que soit le sens de la perturbation

ACTION ANXIOLYTIQUE

ACTION PSYCHOSÉDATIVE PUISSANTE
d'installation rapide

GRANDE MANIABILITÉ

- Pas de syndrome extra-pyramidal
- Pas de danger d'évolution vers l'excitation psychique
- Action hypotensive faible

POSOLOGIE

Cas psychiatriques aigus traitement d'attaque	Voie I. M. 60 à 150 mg/j en 3 ou 4 inject.
Etats de gravité moyenne traitement d'entretien	Voie I.M. 30 à 60 mg/j Per os 60 à 150 mg
Cas de "petite psychiatrie" Affections psychosomatiques	Per os doses progressives 15 à 60 mg/j

Ampoules dosées à 15 mg pour injections I. M.
Boîtes de 6 - Prix : Classe 3

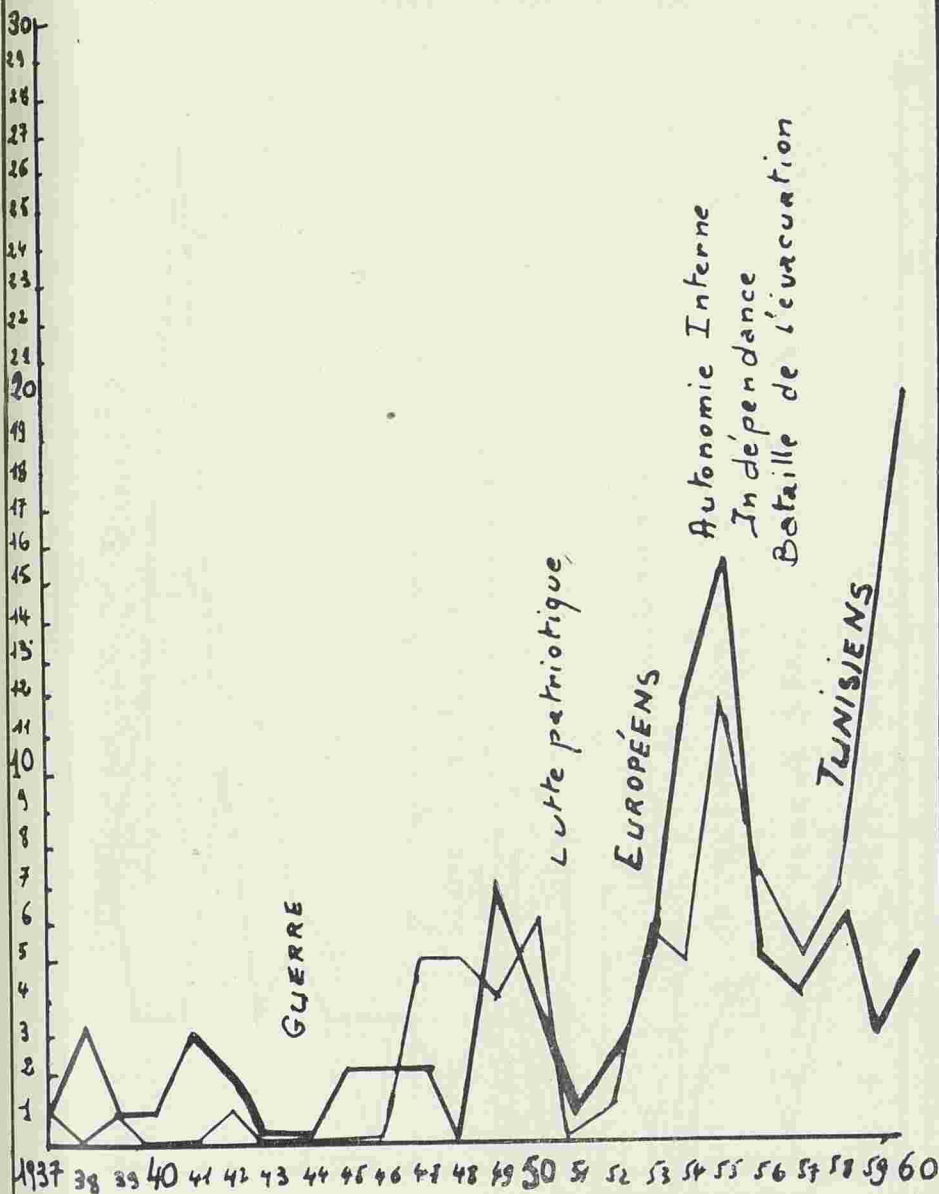
Comprimés dragéifiés dosés à 15 mg.

Etuis de 50 - Prix : Classe 7

(Rembourse par la Sécurité Sociale)

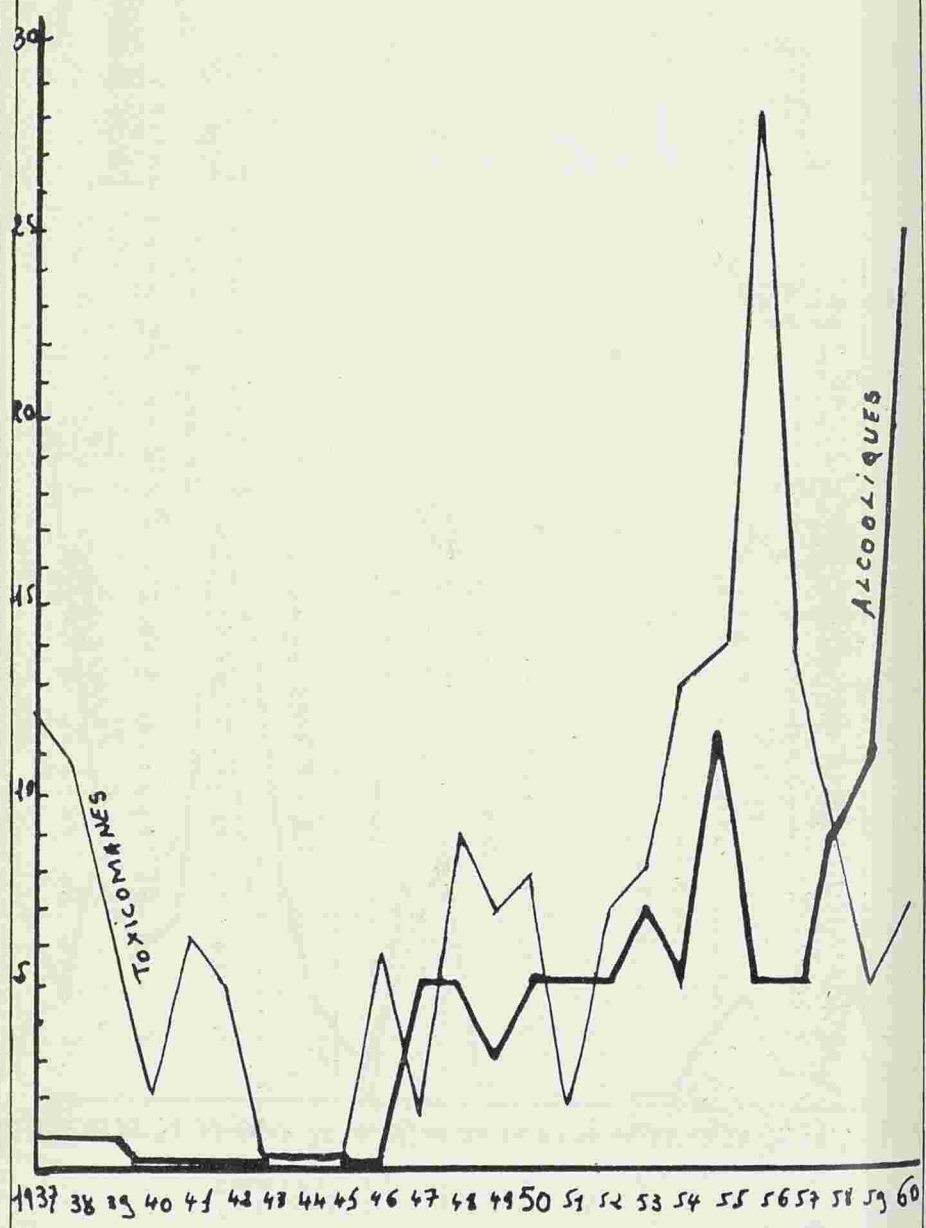
Produits "ROCHE" S.A.
10, rue Crillon - PARIS 4^e

Courbe des mentaux alcooliques
hospitalisés à l'hôpital Rhazi depuis 1937
Tunisiens et Européens

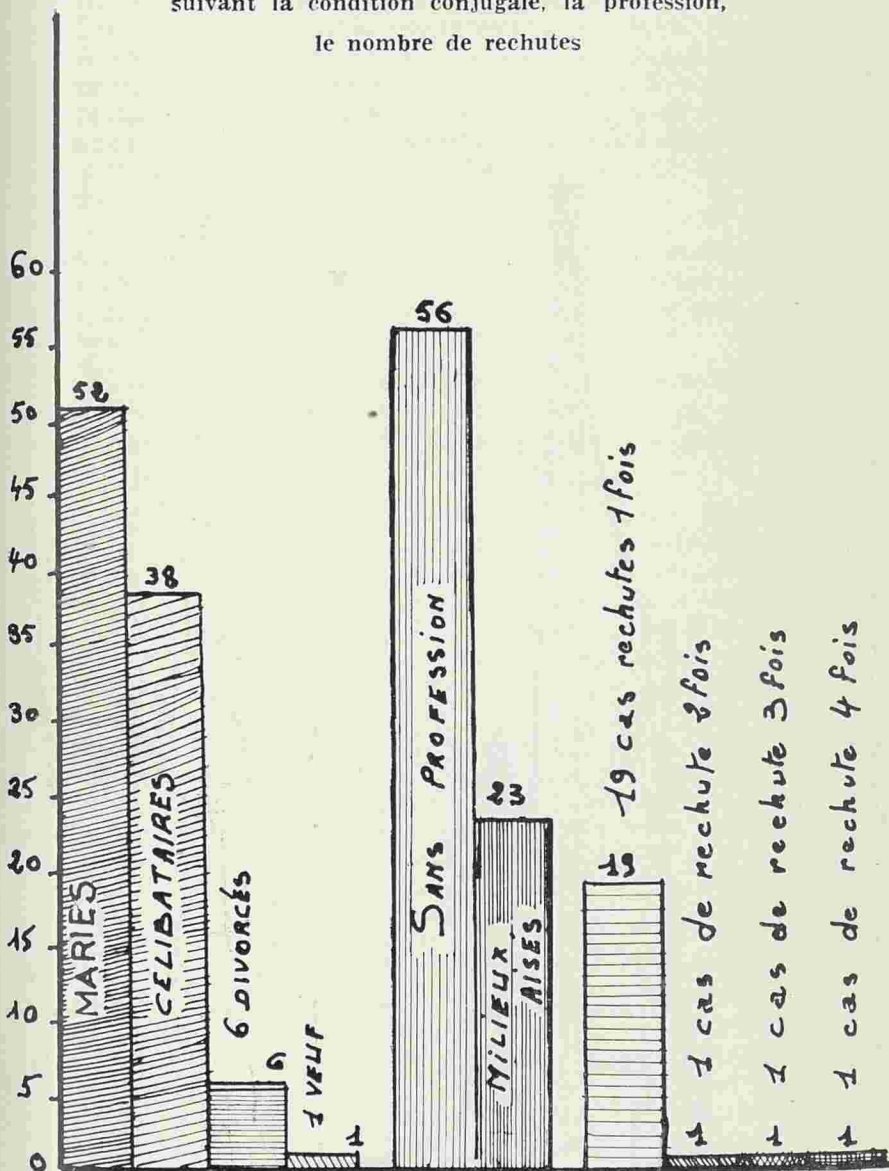


204 cas }
 TUNISIENS 97 hommes
 1 femme
 EUROPÉENS 97 hommes
 9 femmes

Courbes comparatives des toxicomanes
 et des mentaux alcooliques Tunisiens musulmans
 hospitalisés à l'hôpital Rhazi depuis 1937

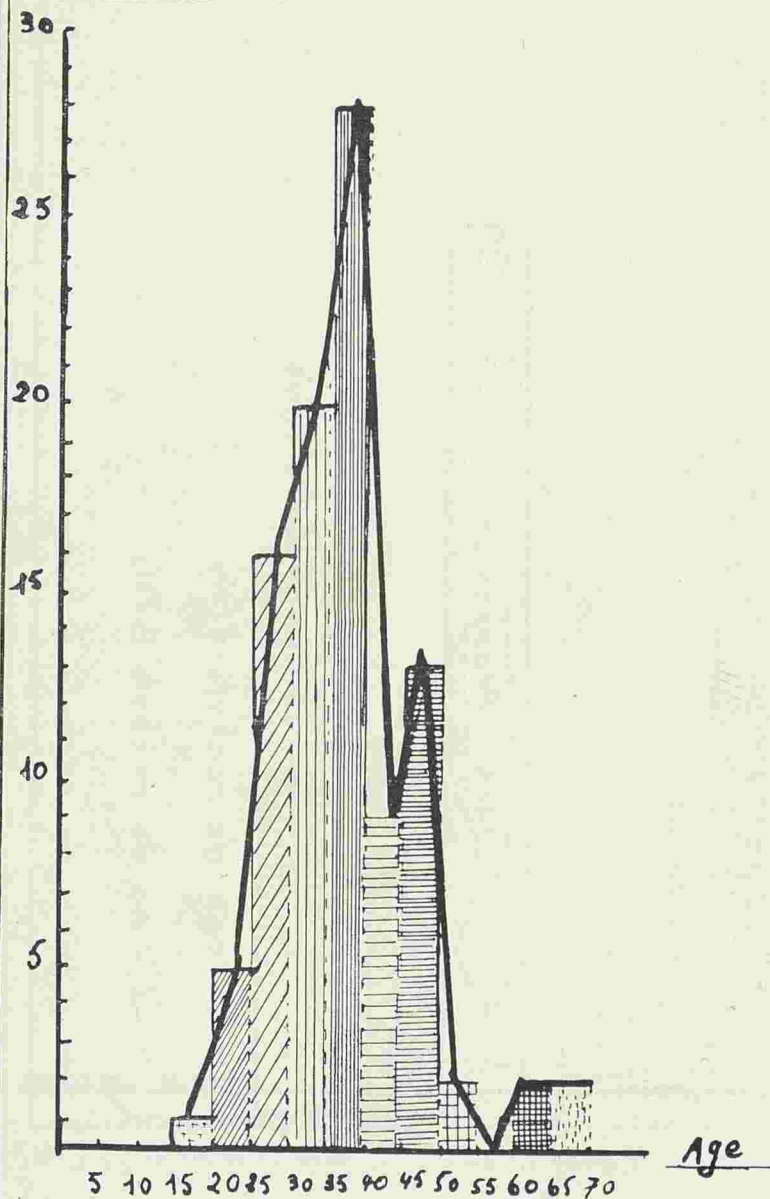


Proportion des mentaux alcooliques hospitalisés
à l'hôpital Rhazi depuis 1937 (Tunisiens)
suivant la condition conjugale, la profession,
le nombre de rechutes



Courbe suivant l'âge des mentaux alcooliques
hospitalisés à l'hôpital Rhazi de 1937 à 1960

Nombre de malades



çais, touchait les classes pauvres et moyennes des villes, se répandant surtout par le prosélytisme et l'imitation à la faveur du désœuvrement et du chômage. L'intoxication déterminait généralement un état d'euphorie contemplative avec déchéance progressive de la personnalité sans les réactions criminelles violentes connues dans certains pays (Amérique). Avant l'Indépendance, 20 % des malades mentaux hospitalisés en consommaient plus ou moins. A peine 5 % relevaient d'une toxicomanie pure à la drogue et de troubles névrotiques primitifs de la personnalité (chiffres très inférieurs à ceux du Maroc par exemple).

La diacétylmorphine en poudre nasale ou en injection introduite sous le protectorat par trafic illicite (de Marseille notamment) atteint une partie de plus en plus réduite des citoyens pauvres ou aisés, depuis la destruction du stock pharmaceutique d'héroïne en 1956.

Les drogues synthétiques (méthidine ou dolosal et benzédrine), moins connues des toxicomanes, semblent actuellement détrônés par les nouveaux « tranquillisants » et les dérivés récents de la phénothiazine et des barbituriques.

Après une recrudescence, en 1956, correspondant à l'explosion de liesse populaire dans la période trouble de la proclamation de l'Indépendance, on note un recul considérable du takrouri, de la diacétylmorphine et de l'opium mâché dont la culture illicite (région de Bizerte) est de plus en plus sévèrement réprimée. Parallèlement à ces résultats positifs, l'alcoolisme progresse (promotion sociale des autochtones, proclamation de la laïcité de l'Etat et relâchement des freins religieux islamiques s'opposant à la consommation du vin). Les chiffres de la production, exportation, importation des vins et liqueurs depuis 1948 confirment cette extension qui aurait été plus considérable encore n'était le développement intensif des loisirs sains et des activités sportives, culturelles, récréatives, auprès des jeunes, depuis l'Indépendance. En dehors des rares cas d'association alcool-drogues, l'alcoolmanie ne s'est pas substitué chez le même individu à la toxicomanie pour les autres drogues. Il semble bien, en effet, que les deux types de conduite névrotique relèvent de mécanismes psychopathologiques différents. En réalité, l'alcoolisme apparaît de plus en plus dans toutes les classes sociales à des degrés divers avec son cortège classique de violence, de troubles somatiques, de déchéance de la personnalité. Il touche les milieux aisés, petits fonctionnaires, ouvriers, petits paysans et cette catégorie sociale qui, avant l'Indépendance, était victime du thé, du takrouri et des dérivés opiacés. Le nombre des alcooliques a quintuplé dans les services psychiatriques depuis 1956, environ quinze fois plus fort que celui des toxicomanes aux autres drogues, excepté le thé. Pour ce dernier produit, la consommation moyenne par an et par tête, qui était de 401 grammes entre 1919 et 1928, de 576 grammes entre 1929 et 1938, est passée à 880 grammes entre 1949 et 1957, et paraît devoir encore augmenter en raison de la grande popularité de cette boisson et de ses effets apparemment inoffensifs. En général, toutes ces toxicomanies menacent de

DOULEUR



LAMALINE

ANALGESIQUE VRAI, NON TOXIQUE
(TOUTES DOULEURS)

CACHETS-SUPPOSITOIRES
REMBOURSE PAR LA SÉCUR. SOC.

Sarbach

Pub. S. B.

CHATILLON - SUR CHALARONNE AIN TELEPHONE : 24

Ets PHARMOFFICE, 1, Boulevard Bugeaud à ALGER (Algérie)
PROPHARMA, 4, Passage d'Elbe (43, R. de Corse), TUNIS (Tunisie)
Société INTERFAR, 9-11, Rue de Colmar - CASABLANCA (Maroc)

préférence l'adulte jeune, célibataire, qui, parvenu à l'âge où il doit subvenir à ses besoins, se heurte à de grosses difficultés socio-économiques (contrairement à certaines publications suisses, françaises, etc... qui parlent d'atteinte prédominante chez la femme divorcée, d'un certain âge, etc.).

Les facteurs culturels, sociaux, économiques, transforment radicalement souvent, à eux seuls, les données du problème amenant ici une régression rapide de telle toxicomanie, ailleurs une extension insidieuse de telle autre.

Seule une action médico-sociale de masse, basée sur ces données dynamiques, dirigée dans tous les secteurs intéressés, pourrait juguler, à la longue, ce fléau qui reste très actuel.

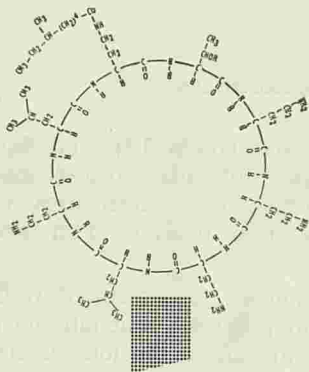
De nouvelles études comparatives menées dans cette perspective avec les autres pays de la Région permettraient, à notre avis, de dégager les grandes lignes directrices d'une action commune et coordonnée dans ce domaine.

Que la nuit est longue...
sans
NEURINASE

VALÉRIANE STABILISÉE + BARBITAL A DOSE FAIBLE

ADULTES SOLUTION : 1 à 4 c. à c. ou COMPRIMÉS **ENFANTS** 1 à 2 DRAGÉES
 SUPPOSITOIRES "A" : 1 ou 2 au coucher ou SUPPOSITOIRES "E" PAR 24 h.

LABORATOIRES GÉNÉVRIER, 45, Rue M.-Michelis, NEUILLY (Seine)



Le plus puissant des antibiotiques
contre les germes Gram-négatifs,
colibacille, pyocyanique.

colimycine



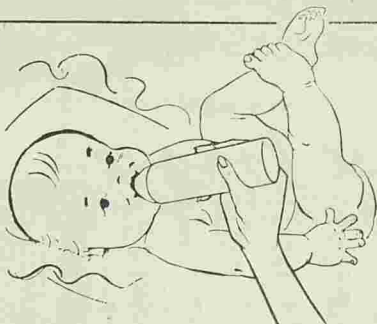
COMPRIMÉS 250.000 U. flacons de 30
1.500.000 U. flacons de 10

FLACON-AMPOULE 500.000 U.
1.000.000 U.



LABORATOIRE ROGER BELLON - NEUILLY - PARIS

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille — Tunis



*Un lait en poudre sûr
de prescription journalière*

MATERNA NORMAL POUR NOURRISSONS

(BANDE ROUGE)

Demi-écrémé (15 % MG) • Sucré • Dextri-maltosé

ALIMENT DE L'ENFANT BIEN PORTANT

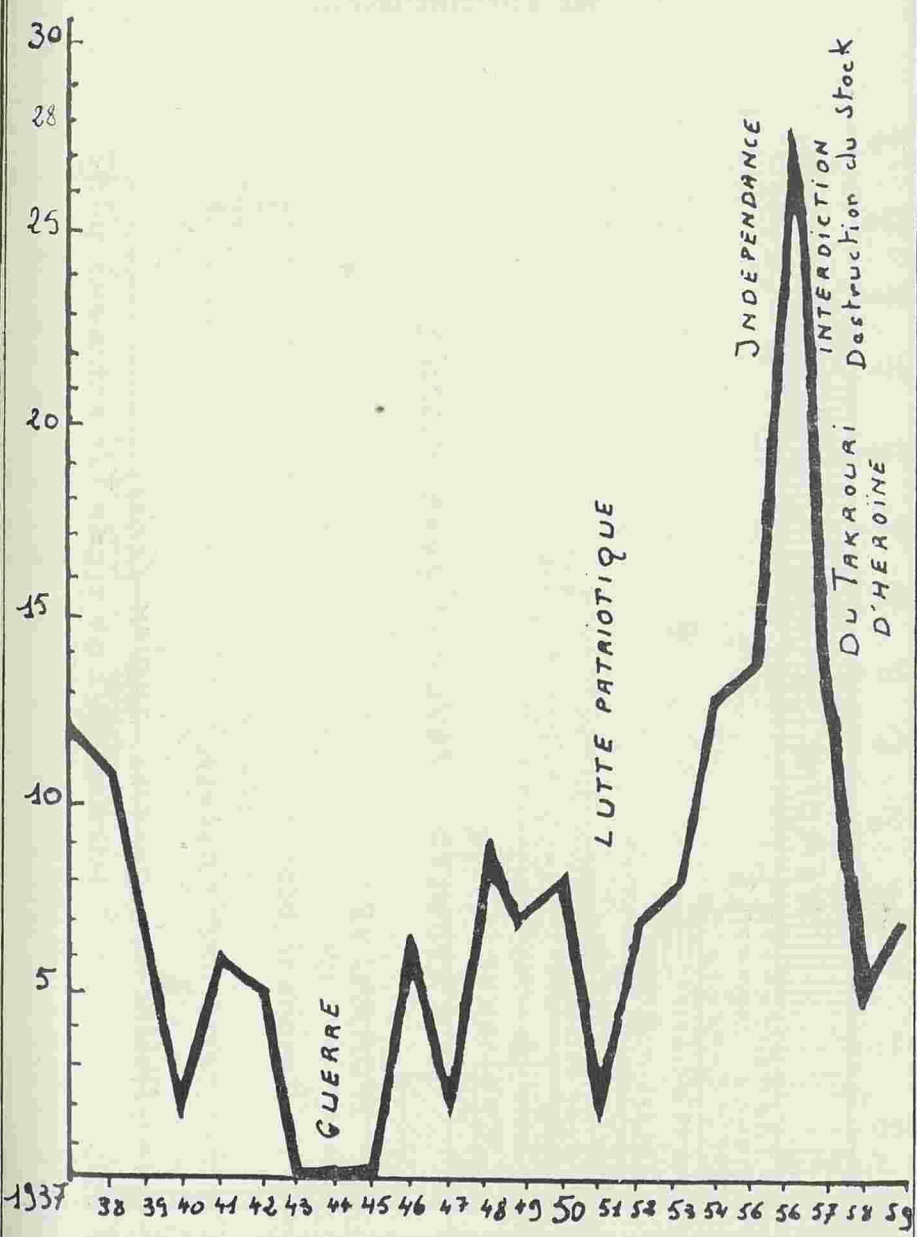
(JUSQU'À LA FIN DU 7^e MOIS)

Lait Médical

MATERNA

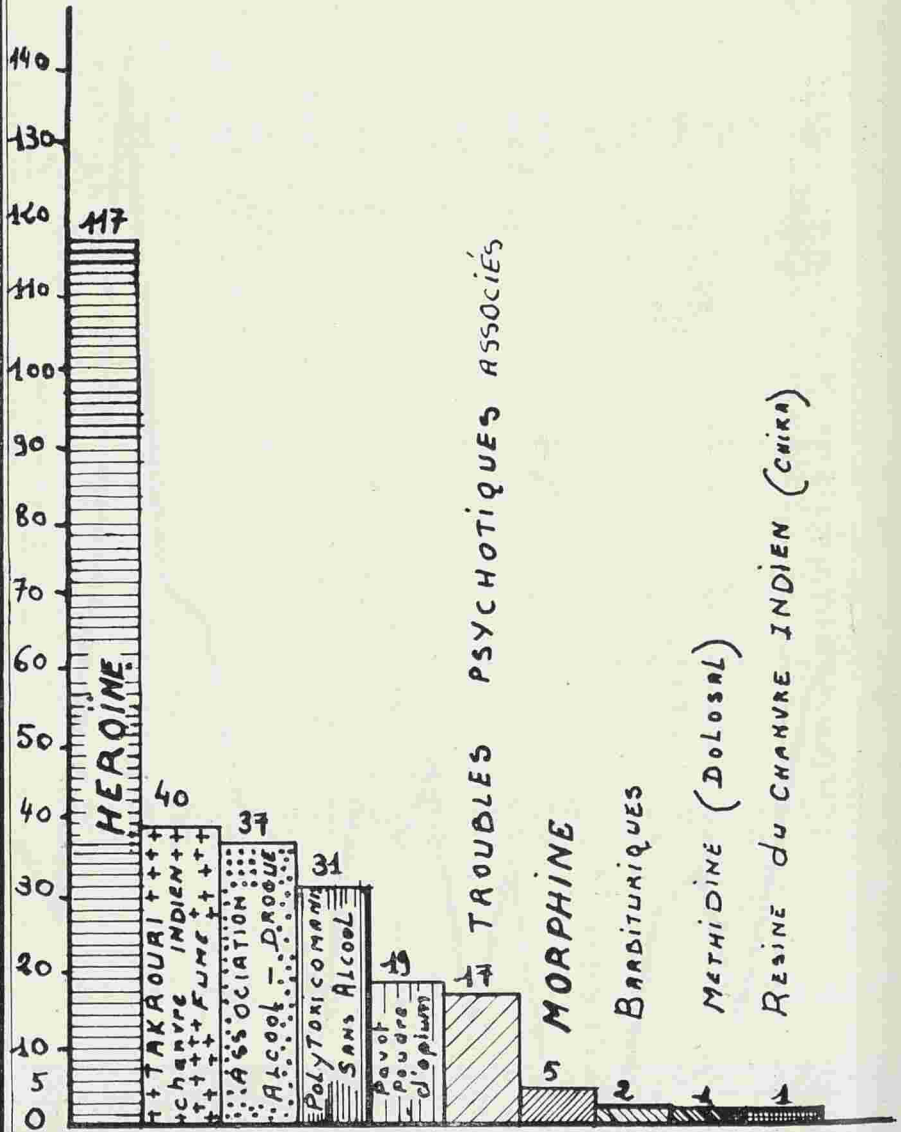
- ▶ **SPÉCIAL** POUR NOUVEAU-NÉS (Bleu)
- ▶ **NORMAL** POUR NOURRISSONS (Rouge)
- ▶ **COMPLÉT** NON SUCRÉ (Vert)
- ▶ **NORMA** DE RÉGIME (Paysagé)

Courbe des toxicomanes hospitalisés depuis 1937
 (takroui, héroïne, opium et drogues synthétiques)

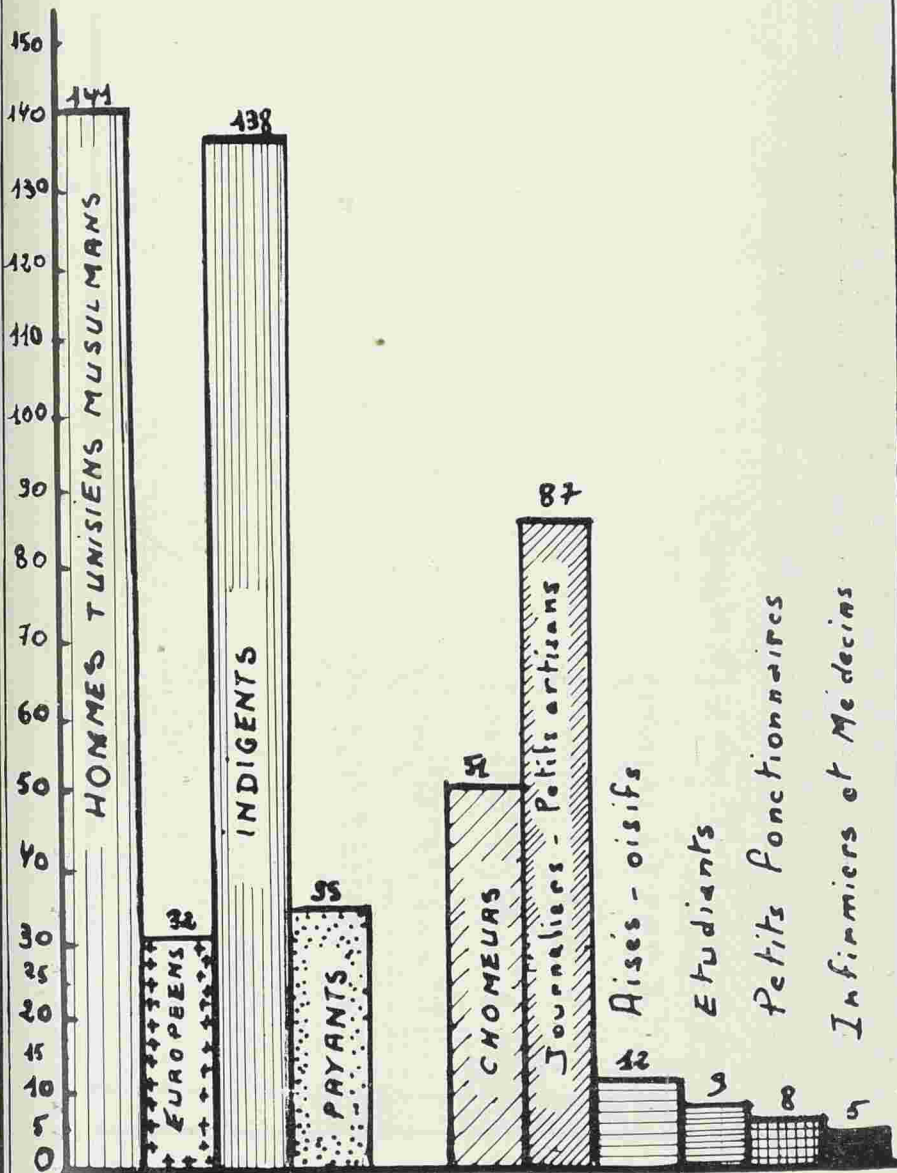


TOTAL = 173 cas

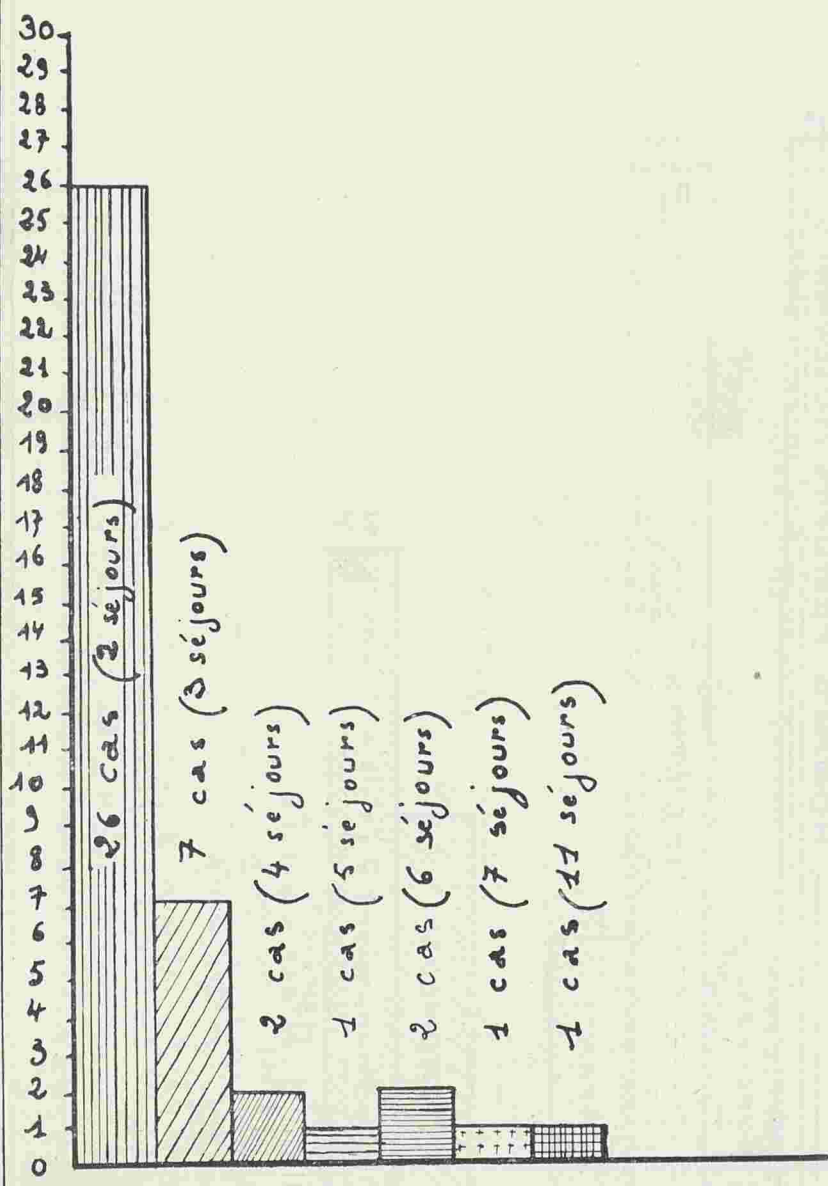
Proportion des toxicomanes
hospitalisés à l'hôpital Rhazi depuis 1937
aux différentes drogues



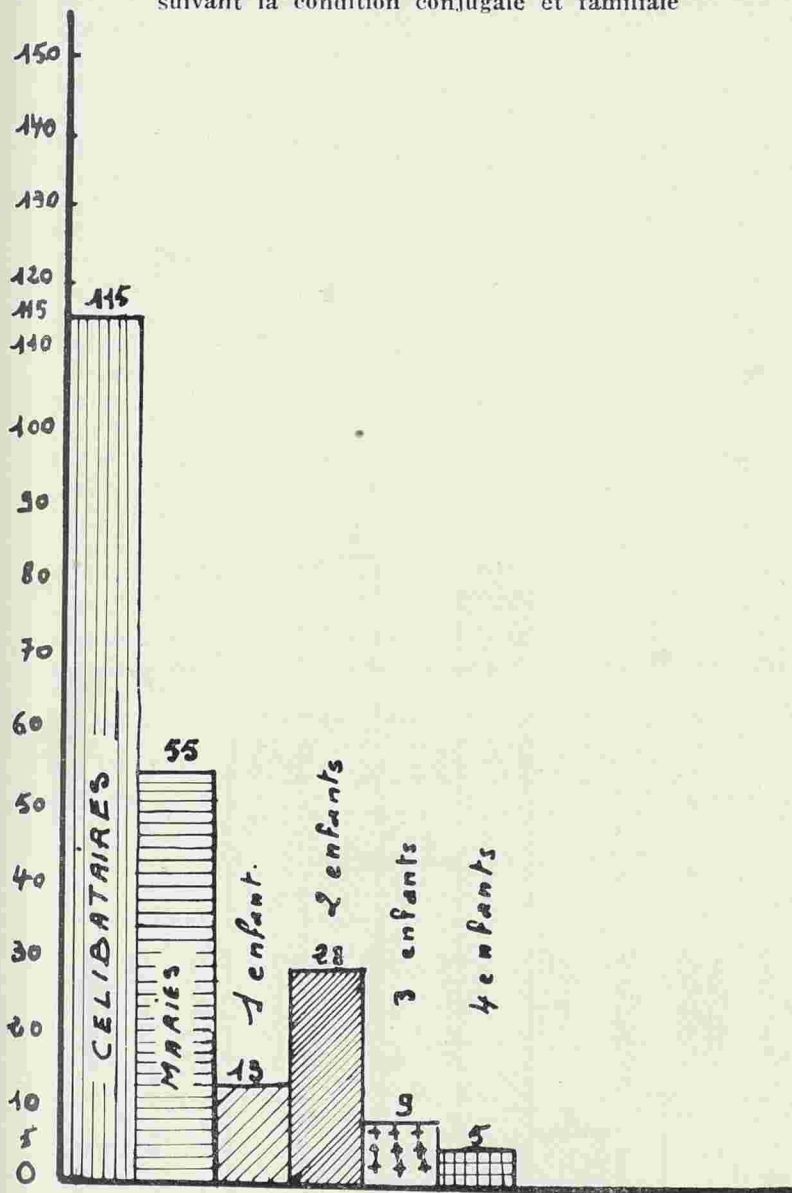
Différentes catégories sociales des toxicomanes
hospitalisés à l'hôpital Rhazi depuis 1937



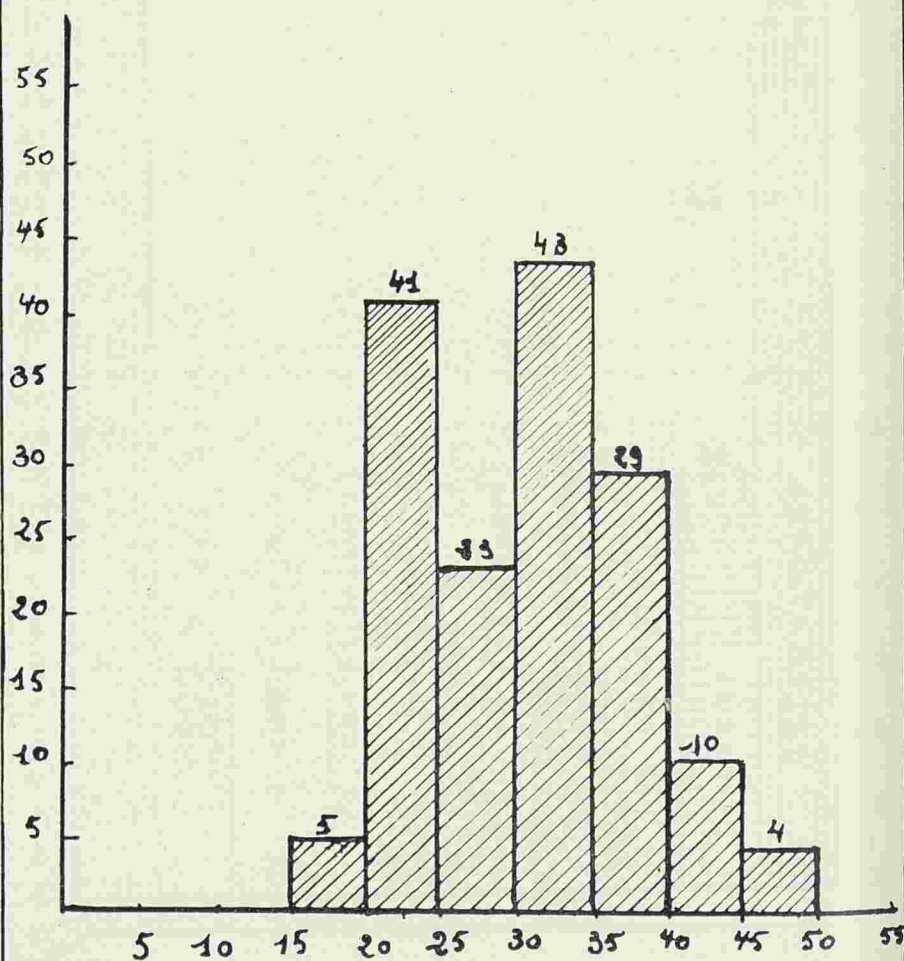
Proportion des récidives chez les toxicomanes hospitalisés à l'hôpital Rhazi depuis 1937



Répartition des toxicomanes
suivant la condition conjugale et familiale



Proportion suivant l'âge des toxicomanes
hospitalisés à l'hôpital Rhazi depuis 1937



Bibliographie



- Toxicomanies : Psychopathologie et conduites thérapeutiques. Encyclopédie Médico-Chirurg., 37380 A 30, Psychiatrie.
- Effets physiques et mentaux du Cannabis, Dr WOLFF, chef de la section des drogues engendrant la Toxicomanie. OMS, mars 1955.
- L'accoutumance aux stupéfiants. Journées thérap., Paris 1951.
- Rapport sur les Toxicomanies. Société suisse de Psychiatrie, juin 1952.
- Le Hachich, plaie populaire en Egypte. Revue Méd. suisse, n° 23, p. 541, 1953.
- Bulletin des Stupéfiants, Nations-Unis, juillet 1950, vol. II, n° 3 — janvier 1951, vol. III, n° 1 — octobre-déc. 1957, vol. IX, n° 4 — juillet-sept. 1959, vol. XI, n° 3 — avril-juin 1960, vol. XII, n° 2.
- Les Toxicomanies. Etudes médico-sociales, A. POROT, 1945.
- Traitement de l'accoutumance et du sevrage, HEUYER et MICHAUX. Journées thérap., Paris, 1950.
- Toxicomanes à l'opium, addiction Research Center, Hôpital Lexington Kentucky, 1953, Dr A. WIKLER.
- Etude statistique des psychoses dues aux drogues et autres poisons exogènes. Am. J. Psych., août 1949.
- La Chira en Afrique du Nord, Dr J. BOUQUET. Bulletin de la Société des Sciences Naturelles de Tunisie, T. III, séance du 3 mai 1950.
- Comité Central permanent de l'Opium. Rapport au Conseil économique et social des Nations-Unies, Genève, 1958-1959

Adultes

3 à 5 cuillerées
à café par 24 h**SIROP**

Bébés - Enfants

1 à 3 cuillerées
par 24 h selon âge

ANTI-HISTAMINIQUE DE SYNTHÈSE

MÉRÉPRINE

P. Cl 3

A ACTION SEDATIVE DOUCE
DE GOUT TRÈS AGREABLELABORATOIRES TORAUDE — PARIS-V^e

TUNISIE — SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS

CORTICOTHÉRAPIE GÉNÉRALE

TRIAMCINOLONE SPECIA

(FLUORO-9 α HYDROXY-16 α DELTA-1 DEHYDRO-HYDROCORTISONE)

COMPRIMÉS DOSÉS à 1 mg. - Flacon de 20.
COMPRIMÉS DOSÉS à 4 mg. - Flacon de 20.

Tableau A.

**INDICATIONS GÉNÉRALES DES CORTICO-STÉROÏDES
AVEC LE MAXIMUM DE SÉCURITÉ D'EMPLOI**



CORTICOTHÉRAPIE LOCALE

ACÉTONIDE DE TRIAMCINOLONE SPECIA

POMMADE à 1 pour 1000
Tube de 10 g. - P. Classe 10 Tube de 3 g.

**TOUTES LES APPLICATIONS EXTERNES DE LA CORTICOTHÉRAPIE
DERMATOLOGIE * OPHTALMOLOGIE**

En cas d'infection surajoutée, compléter par une thérapeutique anti-bactérienne locale

**SOCIÉTÉ PARISIENNE
RHÔNE**



**D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC**

Information Médicale : 28, Cours Albert-1^{er} - PARIS-8^e - BAL. 10-70 - B. P. 490-08



AGENT BIOENERGETIQUE

SCORBO-TONIC

PREVENTIF et CURATIF du

surmenage physique

surmenage intellectuel

prévention de la grippe

et des affections saisonnières

AMPOULES BUVABLES DE 10 ml

(Boîtes de 20 ampoules — cl. II)

1 ampoule à chaque repas — 1/2 dose chez l'enfant

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Laboratoires BYLA

20, Rue des Fossés-Saint-Jacques - PARIS (V^e) - ODÉon 28-30

Direction médicale et publicitaire : 4, rue du Capitaine Guynemer - TUNIS

Téléphone : 259.338

Dépositaires : Ets BOCCARA : 4, rue du Capitaine Guynemer - TUNIS

Téléphone : 247.245

ANDROTARDYL-ŒSTRADIOL

(œnanthate de testostérone + valérianate d'œstradiol)

*traitement équilibré des troubles
de la*

Ménopause

l'injection mensuelle supprime :

les troubles neuro-végétatifs

les troubles psychiques

les troubles trophiques

Littérature et échantillons :

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS

13, rue Miollis — PARIS (XV^e) — SUFFREN 54-94

TUNISIE — R. FALDINI : 6, Rue d'Avignon — TUNIS

Sur une Nouvelle Technique Radiographique du Tube Digestif en Général et du Grèle en particulier.

(Travail de l'Hôpital de Monastir)

par M. le Dr Philippe TRAPLOIR, Médecin consultant à Vichy

Le 30 octobre 1958 je présentais à la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux Libres de France une communication qui s'intitulait : « Un curieux cas d'objectivation des voies biliaires ». Elle devait être le point de départ d'un certain nombre de recherches qui ont abouti à la création d'une sonde à double courant (brevet déposé en mai 1960) qui pourra par la suite être modifiée à la demande, selon l'organe qu'on voudra radiographier; on obtiendra ainsi des sondes dont les dimensions pourront varier et dont les usages seront multiples, mais qui toutes serviront à objectiver des images radiographiques de portions d'organes creux et en particulier de lieux de passage rapide du transit intestinal.

Je rappelle ici brièvement la communication dont je viens de parler. Il s'agissait d'une malade qui, à la suite d'une intervention chirurgicale présentait une étonnante perméabilité du sphincter d'Oddi, tant aux gaz qu'aux liquides. Sur une radiographie sans préparation les voies biliaires apparaissaient nettement dessinées par la seule présence d'air intra-canaliculaire, présence évidemment anormale. L'absorption de bouillie opaque dans le but de pratiquer des radiographies duodénales en séries avait réalisé un remplissage des voies biliaires par la substance de contraste, et l'on obtenait ainsi un moulage parfait de l'arbre biliaire.

A la suite de ces constatations, j'avais pensé qu'on pouvait peut-être obtenir, artificiellement cette fois, des images semblables. Mais non plus d'une façon chirurgicale, accidentelle ou permanente, mais médicale, temporaire et voulue.

Pour ce faire, il fallait imaginer un procédé qui permit de réaliser des radiographies des voies biliaires par voie ascendante, ou rétrograde, en forçant le sphincter d'Oddi, sous pression. Donc de réaliser un véritable « lavement opaque » des voies biliaires.

INSTRUMENTATION

J'ai alors fait construire la sonde que je présente ici. Sa longueur et son diamètre sont ceux d'une sonde d'Einhorn classique. Mais c'est

ANARCHIE DIGESTIVE

LABORATOIRES CHABON - PÉRIEUX et 1 RUE DANTON - PARIS
REMBOURSÉ S.S



- calme les douleurs gastriques,
- atténue et corrige l'hyperacidité du suc gastrique,
- supprime les spasmes de la musculature gastrique,
- favorise l'évacuation physiologique de l'estomac vers l'intestin

2 PRÉSENTATIONS : COMPRIMÉS P. CL. 4 - POUVRE P. CL. 3

une sonde à double courants parallèles et égaux. Cela réalise en quelque sorte deux sondes accolées dont l'une est munie de deux ballonnets de baudruche et l'autre d'un orifice permettant d'introduire une

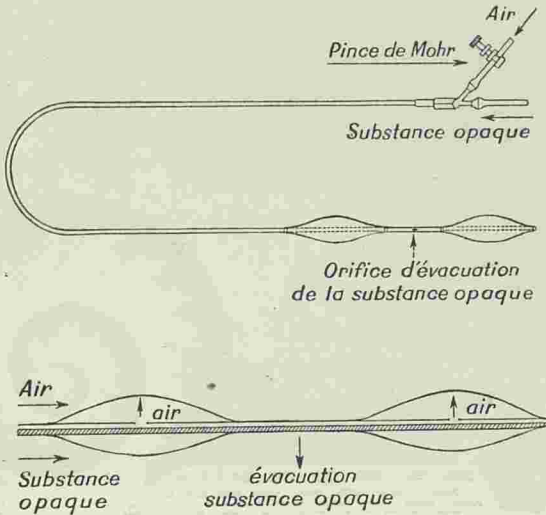


Schéma de l'extrémité terminale

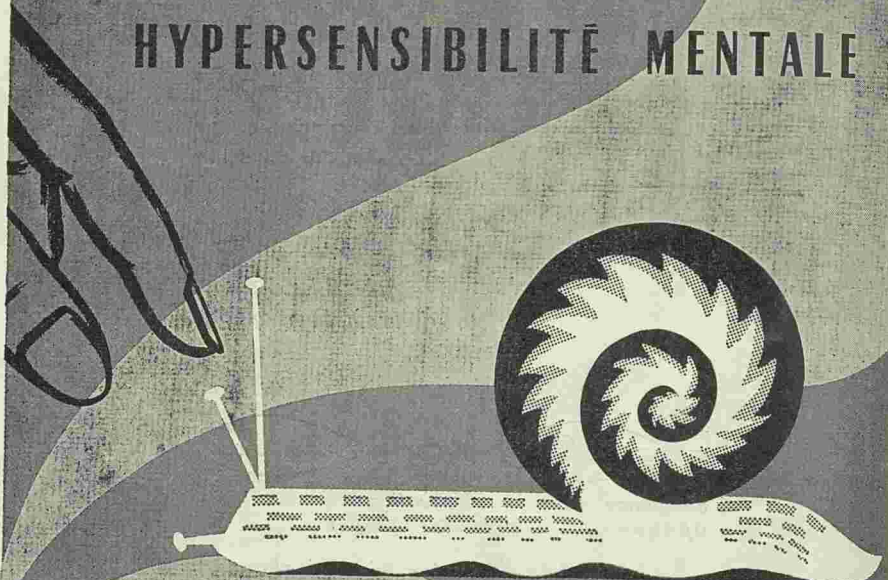
substance de contraste entre les deux ballonnets, dans la portion d'intestin isolée par ceux-ci. Une pince de Morh située sur la partie de la sonde qui reste extérieure au malade permet de maintenir les ballonnets sous pression. Il n'y a aucune communication entre les deux sondes parallèles, mais les deux ballonnets étant situés sur le même conduit, il y a communication entre eux ce qui permet un équilibre de pression lorsque la sonde se trouve en place dans l'intestin, à la manière d'une chambre à air dans un pneu. Les deux ballonnets sont séparés par environ 10 cm.

MODE D'EMPLOI

On introduit la sonde dans l'estomac à l'aide d'un mandrin métallique, exactement comme on le ferait avec une sonde d'Einhorn. Pour que les ballonnets ne gênent pas l'opération, au temps pharyngien, nous aspirons au préalable l'air contenu dans ceux-ci. La dépression ainsi créée colle absolument les ballonnets sur les parois de la sonde. Le diamètre n'en est donc pratiquement pas augmenté et nous n'avons jamais rencontré de difficulté au cours de cette introduction.

La sonde en place dans l'estomac, nous contrôlons sous écran sa mise en bonne position, l'extrémité devant être orienté vers le pyllore.

HYPERSENSIBILITÉ MENTALE



COVATINE

(N 68)

DÉCONTRARIANT

**REPLACE LES ÉVÈNEMENTS
DANS LEUR JUSTE PERSPECTIVE**

50 dragées à 0,05 g - Prix cl. 4

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRES A. BAILLY - 6, RUE DU ROCHER - PARIS 8^e

COA.B

IMAGES SE RAPPORTANT A LA COMMUNICATION
DU 30 OCTOBRE 1958



Image des voies biliaires dessinées en clair
par suite de l'introduction spontanée d'air.

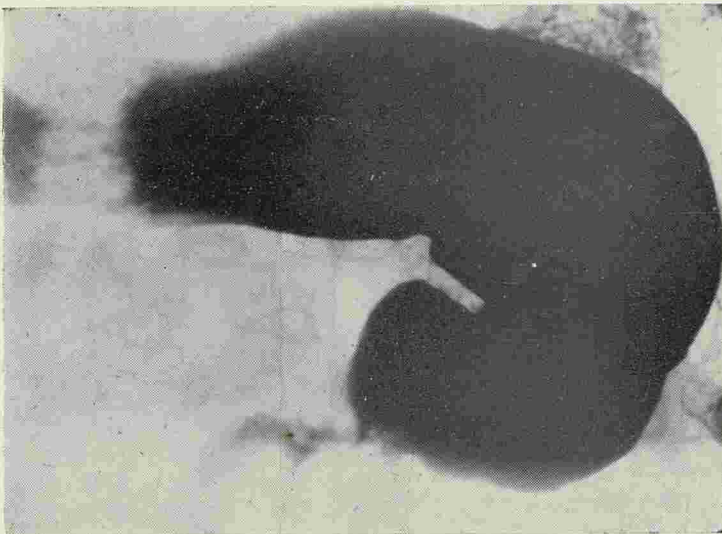
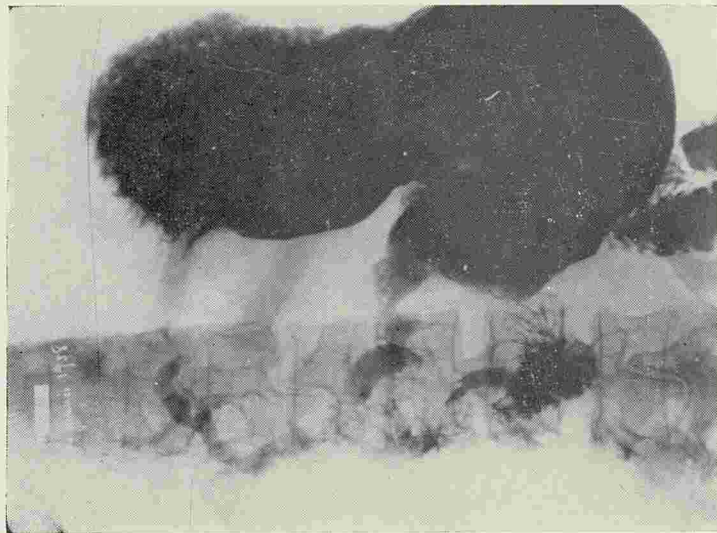
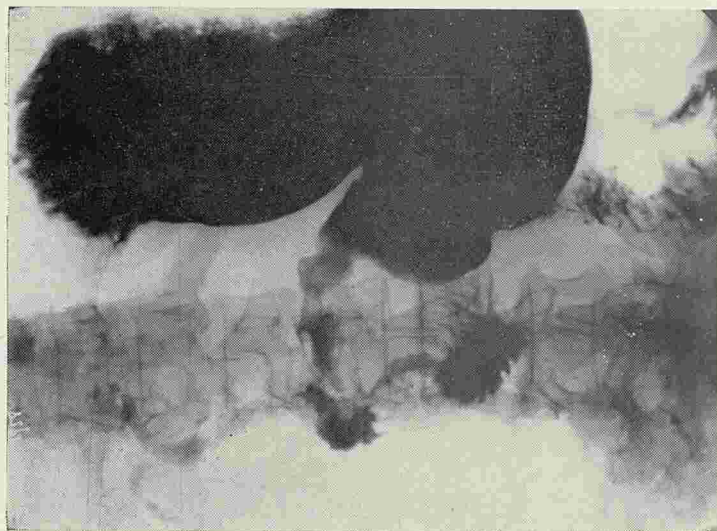


Image d'ensemble de l'estomac se rapportant
à l'existence de lésion du duodénum.

IMAGES SE RAPPORTANT A LA COMMUNICATION
DU 30 OCTOBRE 1958 (suite)



Images des voies biliaires pénétrées par la bouillie opaque
qui empruntait la voie du cholédoque branche sur le genu supérieur.

Elle franchit celui-ci sans plus de difficulté qu'une sonde sans ballonnet.

La sonde en place dans le duodénum, on gonfle les ballonnets à l'aide d'une poire analogue à celle d'un tensiomètre du type Vaquez-Laubry. On peut alors, par l'autre sonde parallèle, injecter de l'air ou une substance opaque aux rayons. On se sert pour cela d'une seringue de 20 cc.

PREMIER RESULTAT

Le premier fait est un fait négatif, mais qui présente sans doute son intérêt. Dans l'espoir de franchir le sphincter d'Oddi, j'ai commencé par essayer d'introduire simplement de l'air entre les ballonnets. Puis j'ai eu recours au Radio-Sélectan Biliaire pur. Mais, malgré la pression assez considérable que j'ai réalisée en introduisant jusqu'à 40 cc de substance opaque, je n'ai jamais pu franchir le sphincter. J'ai recommencé l'épreuve après injection d'atropine intra-veineuse, sans plus de résultat. Sous la pression importante du Radio-Sélectan, il y a eu des fuites de part et d'autre des ballonnets. J'ai obtenu des images du duodénum, mais jamais des voies biliaires. Cela peut, peut-être, apporter une lumière intéressante sur le fonctionnement physiologique normal du sphincter d'Oddi qui semble pouvoir s'opposer avec assez de force aux reflux anormaux qui pourraient se produire du duodénum vers la vésicule (1). Cela pourrait peut-être aussi servir d'épreuve en cas de dyskynésie biliaire, la béance du sphincter pouvant être considérée comme franchement pathologique quand elle est objectivée par notre procédé. Il y a là une série de recherches que nous nous proposons d'entreprendre ultérieurement lorsque les procédés de radiologie actuellement plus courants, ou les résultats du tubage minuté, nous mettront en présence d'un cas d'Oddite que nous contrôlerons ensuite par notre procédé.

DEUXIEME RESULTAT

L'intestin ne reste pas sans réaction quand on gonfle les ballonnets qu'il renferme. Ces réactions sont différentes selon qu'on les gonfle modérément ou exagérément. Il ne semble pas qu'il puisse y avoir de risque d'accident, car la pression est répartie sur une assez grande surface, que les surfaces en présence sont (baudruce et muqueuse), l'une et l'autre lisses et non traumatisantes. Je n'ai jamais constaté d'intolérance aux fortes pressions, sauf parfois un légère nausée.

PRESSION FAIBLE

Dans ce cas, les ballonnets ne sont pas immobilisés contre la paroi intestinale. Si l'on tire légèrement sur la sonde on constate que celle-ci reste libre et peut revenir facilement en arrière. Mais si on ne la retient pas, on s'aperçoit au con-

traire que la sonde est progressivement entraînée dans le sens normal d'évacuation. Nous pensons que l'intestin se trouvant en présence d'un corps étranger réagit physiologiquement comme il le ferait en présence d'un fécès d'un certain volume. Cela viendrait à l'appui des théories en faveur des produits médicamenteux qui se proposent d'améliorer les stases intestinales par l'ingestion de substances augmentant de volume dans la lumière intestinale (mucilages, etc.). La progression est telle, toutefois, que nous songeons dès maintenant à faire fabriquer une sonde à rallonge qui nous permettra d'atteindre des segments du grêle très en aval de la région que notre sonde actuelle nous a permis d'explorer. Ces régions sont actuellement difficiles à radiographier par les procédés classiques, car le grêle est, dans son ensemble, un lieu de passage rapide et de transit accéléré.

PRESSION FORTE

Lorsqu'on gonfle exagérément les ballonnets, ce qui est presque toujours le cas quand on a l'intention de bloquer ceux-ci en vue de maintenir en champs clos la substance opaque qu'on introduit ultérieurement, l'intestin se défend en se dilatant à son tour. Cette dilatation peut atteindre des proportions importantes. Sur les radiographies que nous vous présentons, on voit d'ailleurs le volume qu'occupent les ballonnets : il donne une idée du diamètre du duodénum dilaté. Celui-ci est plus important que le diamètre normal. Il représente un phénomène de défense physiologique normal. Il est donc nécessaire de gonfler les ballonnets à la limite d'élasticité de la muqueuse intestinale sans quoi il se produirait des fuites de substance opaque.

TROISIEME RESULTAT

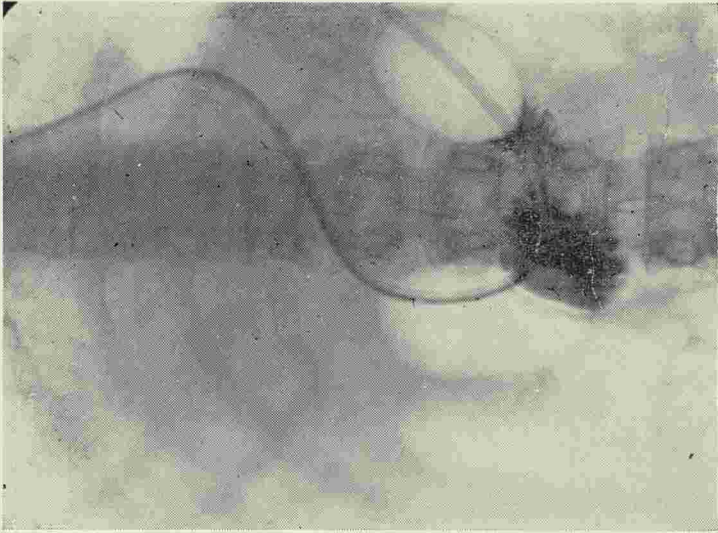
Les images obtenues à l'aide du Radio-Sélectant et qui n'étaient que des images duodénales nous ont en tout cas prouvé qu'on peut isoler une portion du grêle pour la radiographier à volonté sans avoir besoin, comme on le faisait jusqu'ici, de saisir une succession d'instantanés pour en comparer entre elles les images et en déduire l'état de l'organe photographié. On obtient ainsi des images « figées » d'organes qui étaient jusqu'alors des lieux de passage de substance de contraste.

A des images dynamiques succèdent des images statiques qui laissent à l'opérateur plus de temps pour prendre toutes les incidences qu'il juge utiles. Certes, il s'agit là d'images non physiologiques puisque l'intestin n'est jamais un organe inerte. Ce sont donc des images à interpréter.

Mais il nous a semblé que ce nouveau procédé pouvait être riche de possibilités et nous avons continué nos recherches en remplaçant



IMAGES SE RAPPORTANT A L'INTRODUCTION DE GAZ
DANS LES BALLONNETS, PUIS DE RADIOSELECTAN ET DE BARYTE
DANS L'ESTACE RESTANT ENTRE LES BALLONNETS
ET LA PARI DUODENALE (suite)



**IMAGES SE RAPPORTANT A L'INTRODUCTION DE GAZ
DANS LES BALLONNETS, PUIS DE RADIOSELECTAN ET DE BARYTE
DANS L'ESPACE RESTANT ENTRE LES BALLONNETS
ET LA PARI DUODENALE**

le Radio-Sélectan par de la bouillie barytée classique. Nous avons obtenu des images semblables du duodénum par tronçon limité.

La démonstration est donc faite qu'on peut isoler momentanément une portion de l'intestin pour la remplir de substance opaque et pour la radiographier, quelle que soit la portion choisie : duodénum, jéjunum. Il suffit, en effet, de laisser « filer » la sonde jusqu'à l'endroit où l'on soupçonne une lésion qu'il suffira de circonscrire entre deux ballonets.

Nous n'avons à vous présenter que des images duodénales parce que nous avons été limité par la longueur de notre sonde. Nous vous présenterons ultérieurement des images jéjunales. Nous n'avons aussi à vous présenter que des images non pathologiques, car nous n'avons voulu, dans ce premier temps, que vérifier la possibilité de placer notre sonde « in loco », d'injecter la substance opaque sans qu'il se produise de fuite et de radiographier les images obtenues. Par ailleurs, nous avons fait ces recherches sur des malades pris au hasard des consultations et acceptant de se prêter à nos investigations.

Les faits recueillis sont donc ceux-ci :

- On ne peut pas normalement franchir le sphincter d'Oddi.
- Il n'y a pas de risque d'accident : les ballonets ne sont pas traumatisants.
- Le tube et ses ballonets glissent facilement et on peut les placer sous contrôle de la vue.
- Le volume d'air injecté provoque un péristaltisme net dans le sens normal du transit.
- Si on pousse le gonflage, le grêle au lieu de se spasmer sur l'obstacle se dilate et favorise par ce moyen la progression de tout l'appareil.
- Il faut chercher le volume optimum pour que l'image obtenue soit facile à observer et à radiographier.
- On pourra prendre des photos du segment choisi sous plusieurs incidences.

Nous nous proposons de continuer nos recherches, mais nous avons d'ores et déjà voulu vous révéler ces faits positifs et prendre date en vous présentant les premiers résultats obtenus à l'aide d'une méthode dont le principe est, nous le croyons, nouveau :

Il consiste à isoler une portion intestinale pour en tirer autant d'images statiques que l'on désire, en transformant momentanément un lieu de passage instantané en un lieu de stagnation de substance opaque.

(1) Il a été fait la remarque judicieuse qu'il n'est pas étonnant que le franchissement des voies biliaires à l'inverse du sens normal soit impossible, car outre le sphincter d'Oddi, il existe encore ceux de Lutkens et de Mirizzi. Cela n'en rend que plus pathologique leur perméabilité.

ORTHO-GASTRINE

BOURGET CITRATÉ

SOUS-BICARBONATÉ

LABORATOIRES

A. LE BLOND

15, R. JEAN JAURES - PUTEAUX

(SEINE) - TÉL: LON. 07-36

Remboursé S.S.
P : cl. 1



FORMULE :

(Paquet-Dose)

Sulfate de soude desséché : 0,35
Phosph. de soude desséché : 0,25

Bicarbonat de soude : 0,10
Citrat de soude : 0,10

Leucose aiguë chez un Mongolien de deux ans porteur de Malformation Cardiaque et de Hernie Diaphragmatique du Côlon

par Victor CORCOS (Tunis)

—o—

La lecture du mémoire consacré aux leucoses des très jeunes enfants (leucoses du nouveau-né, leucoses du premier semestre de la vie, leucoses associées à des malformations congénitales), publié par MM. Jean BERNARD, G. MATHÉ, J.-Cl. DELORME et O. BARNOUD dans les Archives Françaises de Pédiatrie, T. XII, n° 5, 1955, nous a incité à verser au dossier « leucose et mongolisme », une observation intéressante du fait qu'elle réunit trois malformations congénitales : mongolisme, malformation cardiaque et hernie diaphragmatique du côlon et que l'évolution s'est faite vers une leucose aiguë terminale :

Le petit Yves F... est né le 7 septembre 1951. C'est un mongolien évident.

Sa mère l'a eu à 45 ans. Au début de la grossesse, au cours de laquelle est signalée une grosse émotion, la mère reçoit, après un retard de règles de 12 jours, une injection de Benzo-Gynoestryl 5 quotidienne, pendant 17 jours.

Mme F... a eu d'un premier lit un garçon décédé des suites de brûlures; du deuxième mariage non consanguin, elle donne naissance à cinq filles : Jeanne et Andrée, jumelles hétérozygotes 16 ans 1/2, Louise 15 ans 1/2, Anne-Marie 11 ans, Denise 6 ans 1/2, toutes bien portantes. La mère a eu deux fausses-couches. Le père âgé alors de 42 ans est bien portant. L'accouchement a été normal. L'enfant a été nourri au sein.

Le faciès, l'épicantus, la langue épaissie et plicaturée, les mains épaissies, le pli palmaire transverse simple rendent le diagnostic évident. Le retard psychique va s'accuser au cours du développement de l'enfant. Nous avons noté à la naissance un souffle systolique mésocardiaque. La rate est palpable.

L'enfant est traité par l'acide glutamique et l'extrait thyroïdien.

A six mois, il est examiné par le Dr MANDE lors de son passage à Tunis.

A onze mois, l'enfant est suivi à Paris, à la Clinique Médicale des Enfants, chez le Prof. DEBRÉ. L'examen pratiqué par Mlle

Odile SCHWEISGUTH a donné les renseignements suivants (13 août 1952) : Ce mongolien présente un souffle systolique avec électrocardiogramme normal et il est vraisemblable qu'il s'agit d'une communication interventriculaire.

La radioscopie a montré une image curieuse avec des bulles claires de la base gauche, refoulant le cœur vers la droite. Les clichés, sans préparation, confirmés par un lavement baryté, ont montré qu'il s'agissait d'une hernie diaphragmatique antérieure par la fente de LARREY.

L'enfant n'a actuellement aucun trouble digestif, mais sa mère signale cependant des gargouillements importants après les repas. Ils témoignent vraisemblablement d'une gêne au passage du bol alimentaire dans le côlon hernié...

Les parents hésitant à faire opérer l'enfant, retournent à Tunis.

En septembre 1953 (à l'âge de deux ans) : bronchite traitée par pénicilline et streptomycine. Guérison. Mais la pâleur de l'enfant qui avait été remarquée depuis quelque temps s'accroît.

Au début de décembre 1953, rhino-pharyngite avec fièvre élevée oscillante traitée par l'auréomycine. Des ganglions sous-maxillaires assez volumineux sont perçus. Le teint est blafard. Le foie est gros ainsi que la rate. Du purpura pétéchial et ecchymotique apparaît aux avant-bras et aux jambes.

L'hémogramme (A. M. ZÉRAH) donne les renseignements suivants : **Série rouge** : Hématies par mm^3 : 2.620.000 — Hémoglobine en gr, 7,1; en %, 62 % — Valeur globulaire, 1,08 — Anisocytose très marquée — Anisochromie — Hématies anormales : présence (1 normoblaste pour 100 leucocytes) — Volume globulaire total (Hématocrite), 21 — Volume globulaire moyen : 0,80. **Série blanche** : Leucocytes par mm^3 : 20.600 — Polynucléaires neutrophiles : 7 % — Eosinophiles : 0 — Basophiles : 0 — Lymphocytes : 5 — Monocytes : 0 — Éléments anormaux : présence : cellules souches (leucosiques), 88 %.

L'enfant est traité par pénicilline et cortisone. Il décède le 4 janvier 1954.

Cette observation nous paraît mériter d'être rapportée, car elle réunit quatre éléments qui relèvent du même processus embryopathique et qui ne figurent pas au complet dans les observations publiées, à savoir : le mongolisme, la cardiopathie congénitale, la hernie diaphragmatique et la leucémie.

Jean BERNARD et ses coll. (1) rapportent trois cas de leucoses survenues chez des mongoliens : deux de 16 mois et le 3^e de douze mois.

**Pas de résistance croisée
avec les autres antibiotiques**

cathomycine

novobiocine

INDICATIONS MAJEURES

- **Staphylococcies** graves ou banales, généralisées ou localisées.
- **Infections à pneumocoques, streptocoques, b. de Pfeiffer**
- **Brucellose**
- **Coqueluche**
- **Infections à proteus**

*posologie moyenne: 50 à 25 mg/ kilo par jour
suivant l'âge,
soit:*

pour le sirop:

- 1 cuillerée à café chez le nouveau-né
- 2 cuillerées à café à six mois
- 3 cuillerées à café à un an
- 4 cuillerées à café de deux à trois ans
- 4 à 6 cuillerées à café de quatre à sept ans
- 6 à 8 cuillerées à café de huit à dix ans

PRÉSENTATION

- **pour les adultes et les grands enfants:**

comprimés dosés à 250 mg de Novobiocine (sous forme de sel sodique).
Boîte de 12 comprimés.

- **pour les nourrissons, les enfants du premier âge et la seconde enfance.**

sirop dosé à 125 mg de Novobiocine (sous forme de sel calcique) par cuillerée à café.

Flacon de 120 cm³.

pour les comprimés:

- 4 à 6 chez les grands enfants
- 6 à 8 chez les adultes

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES - PARIS VII^e - TÉL. SÉG. 13-10

Dualité d'action

Diversité de présentations

Pluralité d'indications

Chéralène

(alimémazine - 6549 R. P.)

antihistaminique - neurostatique

PRÉSENTATIONS

Boîte de 5 ampoules dosées à 25 mg d'alimémazine
Boîte de 50 comprimés dosés à 5 mg d'alimémazine
Flacon de 150 cm³ de sirop dosé à 0,5 mg/cm³ d'alimémazine
Flacon de 30 cm³ de solution dosée à 1 mg d'alimémazine par goutte
Boîte de 10 suppositoires dosés à 20 mg d'alimémazine

Remboursés par la Sécurité Sociale - A.M.G. - Prix classés 4-2-3-5-2

INDICATIONS

Affections prurigineuses
Asthme, accidents allergiques

Toux et dyspnées
Préparation à la bronchoscopie

Algies zostériennes, lombalgies
Maladie de Parkinson (adjuvant de l'Artane)

Insomnies, névroses légères
Dystonies neuro-végétatives

POSOLOGIE MOYENNE

Chez l'adulte : 5 à 30 mg, et plus, par jour

Chez l'enfant : 0,75 à 1 mg par kilo de poids et par jour

THÉRAPLIX

98, rue de Sèvres - Paris 7^e Tél. : SÉGuR 13-10

Les deux derniers avaient, l'un un gros cœur avec souffle systolique, l'autre également un gros cœur décelé radiologiquement avec signe d'hypertrophie ventriculaire droite à l'électrocardiogramme. Les auteurs suivants font état de leucoses associées :

CROSS (1944) (2) rapporte un cas de leucose chez un enfant ayant un gros cœur avec persistance du foramen ovale et du septum interventriculaire.

POLLMANN (1898) (3) chez un enfant au trou de Botal largement ouvert.

SMITH (1921) (4) trouve un souffle cardiaque à la base.

DIDIER et CHOME (1922) (5) décrivent une microcéphalie avec atrophie de l'hémisphère cérébral gauche.

SCHUNK et LEHMAN (1954) (6) : mongolisme, encéphalomalacie d'un hémisphère cérébelleux.

O'CONNOR et coll. (1954) (7) : mongolisme, communication interventriculaire.

BERNHARD et coll. (1951) (8) rapportent 4 cas :

1^{er} cas : mongolisme, cœur augmenté de volume, persistance du septum interventriculaire et du canal artériel, déformation de la bouche avec agénésie partielle, déformation de l'oreille, humérus particulièrement petits.

2^e cas : syndrome de Klippel-Feil, malformation cardiaque avec gros cœur.

3^e cas : malformation du côlon ascendant, inclusion surrénale dans l'épididyme.

4^e cas : dextrocardie, aplasie radiale.

* * *

L'encéphalopathie mongolienne, que l'on admet, constituée dès les premiers stades de l'embryogénèse, reconnaît un facteur génotypique certain, car nous retrouvons chez certains membres de la famille deux malformations appartenant à la série mongolienne; chez le père et chez Jeanne on note la verticalité de la région occipitale qui prolonge la nuque, ainsi qu'un pli palmaire transverse simple de la main gauche.

A l'origine de ce mongolisme, il faut incriminer également l'âge de la mère, le bouleversement hormonal provoqué par 17 injections de Benzo-Gynestryl 5 qui constituent les facteurs de la « péristase » et qui ont entraîné des troubles de la nidation sur un utérus altéré par des grossesses et des fausses-couches antérieures.

Faudrait-il attribuer un rôle à la frayeur qui a marqué le début de la grossesse ?

Un récent travail de LEJEUNE, TURPIN et GAUTIER, en 1959 (9), sur le diagnostic chromosomique du mongolisme est venu éclairer d'un jour nouveau l'origine de cette mystérieuse malformation.

L'application au mongolisme d'une technique d'examen des chromosomes par culture de tissu (fibroblastes) a permis à ces auteurs de découvrir une anomalie qui fournit une explication nouvelle de cette maladie. Cette anomalie (10), (11), (12), qu'ils ont retrouvée constamment chez 7 mongoliens et 4 mongoliennes consiste en la présence d'un petit chromosome surnuméraire en forme de V et à centromève (Vh) terminal.

La leucose aiguë terminale au même titre que la malformation cardiaque et la hernie diaphragmatique du côlon, relèvent, à notre avis, du même processus embryopathique et le fait que cette leucose se soit manifestée vers l'âge de deux ans, après une certaine période de latence, ne permet pas de rejeter cette origine. Comme l'écrivent Jean BERNARD et ses collaborateurs à propos de leurs trois observations de leucose chez des mongoliens, « le fait que de telles associations se puissent être rencontrées dans des leucoses révélées tardivement, ne s'inscrit pas contre cette hypothèse, mais plutôt en sa faveur : on sait, en effet, que la période d'incubation d'une leucose est extrêmement variable d'un sujet à l'autre ».

En résumé : nous rapportons un cas de mongolisme avec malformations cardiaque et diaphragmatique terminé par une leucose. Ces malformations ainsi que la leucose relèvent d'une embryopathie à l'origine de laquelle s'intriquent les facteurs génotypiques et ceux de la « péristase ».

BIBLIOGRAPHIE

1. BERNARD (J.), MATHE (G.), DELORME J.-Cl. et BARNOUD (O). Arch. Franç. de Pédiatrie, Tome XII, N° 5, 1955.
2. CROSS (F. S.) : « Congénital Leukemia ». J. Pédiatrie, 1944, 24, 191.
3. POLLMANN : « Ein Fall von leukämie heim neugoborenen ». Munchener mediz. Wochensh, 1898, 1, 44.
4. SMITH (L. W.) : « A case of acute leukemia in an infant ». Am. J. Dis. Childr., 1921, 21, 163.
5. DIDIER et COME : « Sur un cas de leucémie congénitale ». Bull. Soc. Gyn. et d'Obst., 1922, 21, 228.

6. SCHUNK (G. J.) et LEHMAN (W. L.) : « Mongolisme and congenital leukemia ». J.A.M.A., 1954, 155, 250.
7. O'CONNOR (R. E.), MOKEY (R. W.) et SMITH (J.) : « Congénital leukemia ». Am. J. of Dis. Child., 1954, 88, 740.
8. BERNHARD (W. G.), GORE (I.) et KILBY (R. A.) : « Congénital leukemia ». Blood, 1951, 6, 1960.
9. LEJEUNE (J.), TURPIN (R.) et GAUTIER Marthe : « Le diagnostic chioniosonique du mongolisme ». Arch. Franç. de Pédiatrie, Tome XVI, N° 7, 1959, 962.
10. LEJEUNE (J.), GAUTIER (M.) et TURPIN (R.) : « Les chromosomes humains en culture de tissus ». C. R. Acad. des Sc., 26 janvier 1959, 248, 602-603.
11. LEJEUNE (J.), GAUTIER (M.) et TURPIN (R.) : « Les chromosomes somatiques des enfants mongoliens ». C. R. Acad. des Sc., 16 mars 1959, 248, 1721-1722.
12. LEJEUNE (J.), TURPIN (R.) et GAUTIER (M.) : « Le mongolisme, maladie chromosomique (trisomie) ». Bull. Acad. Nationale de Médecine. Séance du 14 avril 1959, tome 143, 11 et 12, p. 256-265; et Annales de Génétique, N° 2, 41-49, 1959.

— 0 —

ENFANTS**granulés**

PRIX CL 2

**SPÉCIFIQUE DES TROUBLES
NERVEUX DE L'ENFANT ET
DE L'ADOLESCENT**1 cuiller à café \equiv 0,01 de Phénobarbital**NEVROVITAMINE 4****ADULTES****dragées****SPÉCIFIQUE DU NERVOSISME
DE L'ADULTE**

1 dragée = 0,05 de Phénobarbital

48 dragées PRIX CL 2

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

LABORATOIRES NOVALIS LYON-OLLINS

hypnotique

non barbiturique

HYPNAZOL

atoxique

hypnotique

non barbiturique

HYPNAZOL

atoxique

hypnotique

non barbiturique

HYPNAZOL

atoxique

hypnotique

non barbiturique

HYPNAZOL

atoxique

(o - hydroxy-phényl) 2 oxadiazole 1-3-4
(512 J. L.)

sommeil naturel
réveil agréable
usage prolongé sans effets secondaires

1 à 2 comprimés en se couchant

tube de 25 comp. sécables à 0,30 g.
sécurité sociale P. cl. 5

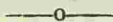


ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Échantillons et littératures
O. S. P. 10, rue Amilcar, TUNIS

A propos d'un cas d'intoxication mortelle par la Codéine chez un enfant de 18 mois

par les Drs Chadly TABBANE et V. CORCOS



Dans l'après-midi du 7 avril 1960, l'enfant Faouzi, âgé de 18 mois. est amené à l'Hôpital Ernest Conseil dans un état comateux avec cyanose.

Nous apprenons que cet enfant, bien portant au début de la matinée, a avalé 17 pilules de Terpine Codéine prescrites pour sa mère. Une demi-heure environ après l'ingestion sont apparus un œdème du visage avec éléments urticariens fortement prurigineux, une injection des conjonctives, puis une raideur passagère suivie d'une somnolence progressive. A cet état sont venus s'ajouter des troubles respiratoires avec cyanose.

Affolée, la mère a porté son fils à la consultation de l'Hôpital Sadiki d'où, après un lavage d'estomac, il est adressé à notre service.

A l'examen, trois éléments attirent immédiatement l'attention :

- un coma profond, calme, sans aucune agitation;
- une cyanose généralisée;
- une respiration irrégulière, entrecoupée de longues pauses. du type Cheyne Stokes (25 respirations par minute).

L'œdème du visage, les plaques urticariennes ont disparu; pas de signes méningés; en particulier, la raideur signalée par la mère a cessé, mais les mâchoires sont serrées : l'hydratation per os est cependant possible.

Rien à signaler à l'examen somatique, à part quelques gros râles bulleux disséminés dans les deux champs pulmonaires.

La température est à 36,6 et la T.A. a une maxima 7.

— L'enfant est mis sous oxygène et reçoit des toni-cardiaques, des analeptiques respiratoires, de l'atropine et des antibiotiques.

La cyanose disparaît, mais le coma et les troubles respiratoires persistent.

Le lendemain l'enfant est dans le même état et nous nous proposons alors d'utiliser l'antidote morphinique qu'administrent parfois les accoucheurs aux nouveau-nés, dont la mère a reçu de la morphine durant le travail : c'est la Nalorphine (ou N allylnormaphine). Malheureusement, avant l'application de ce traitement, la température monte

SÉCURITÉ

pour l'alimentation infantile

La sécurité d'un lait
contrôlé et les avantages
d'un lait en poudre



NIDO DEMI-ÉCRÉMÉ SUCRÉ
NIDO ENTIER SUCRÉ
NIDO ENTIER NON SUCRÉ

SPEDIC B 106

NIDO



Sopad, 18, Place Henri Bergson - Paris 8^e

à 40° et l'enfant meurt en apnée après un séjour de 36 heures à l'hôpital.

— Nous publions cette observation parce qu'elle nous permet d'attirer l'attention du médecin praticien sur 3 points d'ordre toxicologique :

1° La prescription de la codéine chez l'enfant nécessite une grande prudence.

Le codex international fixe à 2 mg de codéine la dose quotidienne par année, sans limitation inférieure d'âge.

Selon le codex français la prescription de la codéine doit être évitée de 0 à 30 mois, limitée de 2 à 4 mg par année d'âge de 30 mois à 15 ans (soit 1 à 2 g de sirop de codéine).

Dans notre observation l'enfant a absorbé la dose énorme de 680 mg de codéine en une seule prise.

2° La possibilité d'erreurs posologiques de la part du médecin, la fréquence avec laquelle des médicaments tussiplégiques traînent dans les maisons et même la tendance des parents à administrer à leurs enfants, sans avis autorisé, des suppositoires et des potions contre la toux, rendent possible l'intoxication des enfants par la codéine.

Les symptômes de l'intoxication doivent être connus du médecin. Leur apparition est rapide après l'ingestion de la drogue. Il y a une phase brève d'excitation suivie d'un coma progressif avec hypothermie, arythmie respiratoire et cyanose. Dans un cas publié par J. WEILL et coll., une fillette de 1 mois a présenté après une première prise de 5 mg de phosphaté de codéine, une somnolence progressive avec refus de têter et, après une deuxième prise de 5 mg (12 heures après), une arythmie respiratoire avec cyanose; l'intoxication par la codéine a été reconnue puis traitée avec succès.

3° Quel est le traitement de l'intoxication par la codéine ?

Nous mentionnons en passant le lavage d'estomac par une solution de permanganate (1 p. 20.000) et les toniques cardiaques. L'effet le plus fâcheux de la codéine étant la dépression des centres respiratoires c'est aux antagonistes de cette action qu'il faut s'adresser. Les analeptiques habituels, lobéline, coramine sont peu efficaces, ainsi que le sulfate d'atropine souvent recommandé comme antagoniste des opiacés.

En fait, il semble, depuis les récents travaux de HAZARD et coll. (1953-1956), que c'est la Nalorphine (N. Allyl Normorphine) qui antagonise le mieux l'action dépressive respiratoire de la morphine, de la codéine, de la codéthylène. Par contre, elle est sans action sur la dépression respiratoire provoquée par les barbituriques et le largactyl.

La posologie chez le nouveau-né est de 1/10 à 1/5 mg injectable



TUNISIE — SO.DIME.PHA : 5, Rue de Broves — TUNIS

I.C.A.
MAR. PARIS

par voie sous-cutanée, intra-musculaire ou intra-veineuse (cordon ombilical), et chez l'enfant elle est de 1 à 5 mg par jour (Nalorphine Clin, amp. de 2 cc à 10 mg).

Dans notre observation il est permis de penser que l'emploi de la Nalorphine n'aurait très probablement pas évité l'issue fatale étant donné l'énormité de la dose de toxique avalée par l'enfant. Quant à l'emploi de l'oxygène il nécessite théoriquement une certaine prudence.

Ne pas prolonger l'inhalation au delà de la disparition de la cyanose; en effet, sous l'action de la codéine, les centres respiratoires bulbaires perdent une partie de leur sensibilité physiologique au CO_2 ; l'hypoxémie demeurant le seul stimulant de la respiration, l'administration prolongée d'oxygène risquerait de conduire à un ralentissement, puis à un arrêt respiratoire.

Melleril 10

dragées dosées à 10 mg. de thioridazine

détend le corps et l'esprit

1 à 2 dragées

3 fois par jour aux repas

LABORATOIRES SANDOZ, S. A. R. L. : 6, rue de Penthièvre, PARIS-8^e

Dépositaire général : O. S. P. : 10, rue Amilcar, TUNIS

*Une forme
pharmaceutique originale*
A EFFET RETARD

LENTÉRULES D'AMINOPHYLLINE-PHÉNOBARBITAL

Tubes de 20 lentérules dosés à :

- Aminophylline..... 300 mg
- Phénobarbital..... 25 mg

*Toutes les indications
de l'aminophylline :*

- * DYSPNÉES D'ORIGINES DIVERSES * ASTHME BRONCHIQUE
- * ATHÉROME CORONARIEN ET INFARCTUS DU MYOCARDE
- * COMPLICATIONS DOULOUREUSES DE LA LITHIASÉ BILIAIRE
- * OLIGURIES DE CAUSE RÉNALE OU CARDIAQUE

Une seule prise quotidienne

assure la continuité d'action du médicament.

SOCIÉTÉ PARISIENNE
RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC

Information Médicale : 28, Cours Albert-1^{er} - PARIS-8^e - BAL. 10-70 - B. P. 490-08

Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

Tunis, le 18 janvier 1961.

— Une Commission devant statuer sur les demandes des Médecins pour le titre de compétent ou de spécialiste doit se réunir bientôt. Tous les confrères qui ne sont pas encore inscrits sur les listes de compétence ou de spécialité, même s'ils ont déjà fait leur demande (écrite), sont priés de la faire au plus vite au Conseil de l'Ordre des Médecins, 25, Avenue de Paris en spécifiant bien dans quelle catégorie ils veulent être classés (compétence ou spécialiste) et la nature de cette compétence ou spécialité. En outre, ils doivent joindre à leur demande tous les documents qu'ils ont en leur possession ainsi que leurs titres pour permettre à la Commission de statuer.

*
**

— Les confrères sont avisés que les certificats de cure et soins à l'Etranger doivent être adressés sous enveloppe fermée au Médecin Inspecteur divisionnaire chargé du Contrôle des soins et cure à l'Etranger : Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales. Le Conseil de l'Ordre ne s'en occupera plus à l'avenir.

*
**

— Le Conseil de l'Ordre rappelle à tous les confrères l'article 10 du Code de Déontologie :

« L'exercice de la médecine est un ministère : celle-ci ne doit, en aucun cas, ni d'aucune façon, être pratiquée comme un commerce.

Son spécialement interdits au médecin :

1° Tous les procédés de réclame ou de publicité personnelle de caractère commercial, notamment les appels par la Presse ou par la Radiodiffusion, sauf dans des cas exceptionnels et avec l'autorisation du Conseil de l'Ordre ou, en cas d'urgence, de son représentant qualifié ».

Le Président : Dr EL MATERI.

RÉGULATEUR
HÉPATO-
INTESTINAL

TAXOL-MÉTHIONINE

LAXATIF	HÉPATO-PROTECTEUR
CHOLÉRÉTIQUE	ANTISTÉATOGENE
CHOLAGOGUE	ANTINÉCROTIQUE
ANTISPASMODIQUE	ANTITOXIQUE

INDICATIONS

CONSTIPATION - INSUFFISANCE HÉPATIQUE - ALLERGIE ALIMENTAIRE

Remboursable par la Sécurité Sociale



Laboratoires LOBICA - PARIS

Distributeurs exclusifs

Laboratoires Pharmaceutiques DEROL 127, rue de Saussure, Paris 17°

TUNISIE : Ets H BONAN — 34, Rue de Marseille — TUNIS

En toute confiance ...

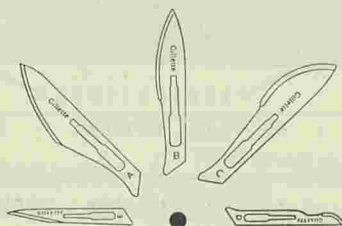


Tranchant parfait, qualité toujours égale :
utilisez en toute confiance les lames
chirurgicales Gillette.

Gillette a mis au service des lames
chirurgicales ses 60 années d'expérience
dans la fabrication des lames les plus
tranchantes et les plus sûres du monde.
Il existe une forme adaptée à chaque cas.
Encastées dans leur manche façonné avec
soin, elles sont absolument rigides.

Gillette

Lames chirurgicales et manches



En vente dans les magasins spécialisés

COURS ORGANISES A PARIS
COURS SUR LES VACCINATIONS (pour Médecins)
du 6 mars au 26 mars 1961



PARTICIPANTS.

Ce cours s'adresse aux médecins chargés des services de Santé Publique, de protection de la mère et de l'enfant, aux pédiatres, aux hygiénistes, aux personnes chargées de l'organisation des vaccinations dans les différents pays.

PROGRAMME.

Aptitude de l'enfant à s'immuniser. Données épidémiologiques. Etudes des différents antigènes et des vaccins associés. Contre-indications, accidents et incidents. Appréciation des résultats. Organisation pratique d'un service de vaccinations. Calendrier des vaccinations. Rôle des organisations internationales dans les campagnes de vaccination.

ORGANISATION DU COURS.

Le cours aura lieu au C.I.E. Il comprendra des exposés, des démonstrations, des visites des laboratoires et des discussions entre les participants.

CONDITIONS MATERIELLES DE PARTICIPATION.

Les frais de voyage Tunis-Paris et retour sont à la charge du Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales.

Le Centre International de l'Enfance assure au boursier le logement, le repas de midi et lui paie une indemnité de 1 D, 200 par jour et les frais de déplacements inhérents au programme d'enseignement.

Date limite de l'envoi des candidatures : 1^{er} janvier 1961.

* * *
* * *

COURS DE PEDIATRIE SOCIALE (pour Médecins)
du 10 avril au 2 juillet 1961



PARTICIPANTS.

Médecins (pédiatres et médecins de Santé Publique) responsables de l'enseignement des problèmes de pédiatrie sociale, de l'organisation

LES VITA-COLLYRES

Collyres à Tonicité et pH Physiologiques

VITASEPTINE - HYDROCORTISONE	P. Cl. 4		
VITA. IODUROL - TRIPHOSADENINE	P. Cl. 2		
VITASEPTINE CUPRIQUE	P. Cl. 2		
VITATROPINE 0,50 et 1 %	P. Cl. 2	VITASEDINE	P. Cl. 1
VITA. IODUROL	P. Cl. 1	VITABLEU	P. Cl. 1
VITASEPTINE	P. Cl. 2	VITAZINC	P. Cl. 1
VITACHROMOL	P. Cl. 1	VERT-SULFO J 1 %	P. Cl. 1
VITACARPINE 1 et 2 %	P. Cl. 2		

EFFICACITE MAXIMUM TOLERANCE PARFAITE APPLICATION INDOLORE

“ Remboursables par la Sécurité Sociale ”

S.A. LABORATOIRES H. FAURE

ANNONAY (Ardèche) — FRANCE

PHOSÉLITE

nouveau
tonique
physiologique
non suivi
d'action
dépressive

α -OXYBENZYLPHOSPHINATE DE SODIUM
DRAGÉES-AMPOULES INJECTABLES

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

SITSA

LICENCE SIEGFRIED

LABORATOIRES SITSA - 15 - RUE DES CHAMPS - ASNIÈRES - SEINE

et du fonctionnement des institutions de protection de la maternité et de l'enfance et de l'application des programmes communs du F.I.S.E., de l'O.M.S. et des différents gouvernements.

PROGRAMME.

Données démographiques et statistiques, génétique et embryogénèse, problèmes périnataux, développement de l'enfant et ses anomalies, nutrition et alimentation, épidémiologie et prévention de certaines infections, réadaptation des enfants infirmes, problèmes de psychopédagogie et d'adaptation sociale, problèmes de santé publique, organisation et fonctionnement des différentes institutions de protection et de soins, action des organisations internationales.

ORGANISATION DU COURS.

L'enseignement sera donné au C.I.E. sous forme de conférences, de cercles d'études, de discussions de groupes, de visites. Un voyage d'études sera organisé. Les participants seront priés d'apporter une documentation personnelle sur les questions du programme de manière à prendre une part active aux discussions.

CONDITIONS MATERIELLES DE PARTICIPATION.

Les frais de voyage Tunis-Paris et retour sont à la charge du Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales.

Le Centre International de l'Enfance assure au boursier le logement, le repas de midi et lui paie une indemnité de 1 D, 200 par jour et les frais de déplacements inhérents au programme d'enseignement.

Date limite de l'envoi des candidatures : 1^{er} janvier 1961.

*
**

COURS SUR LA PROTECTION DE LA MERE ET DE L'ENFANT

(pour personnel médico-social)

du 9 octobre au 17 décembre 1961

—0—

PARTICIPANTS.

Travailleurs sociaux, administrateurs sanitaires et sociaux (non médecins) ayant dans leur pays une responsabilité dans l'organisation et le fonctionnement des services sociaux et administratifs de la protection de l'enfance.

PROGRAMME.

Développement de l'enfant, notions de statistiques et de démographie. Problèmes posés par la protection sociale de la mère, du nourrisson, de l'enfant d'âge pré-scolaire et scolaire. Organisation et fonctionnement des institutions de protection sanitaires et sociales de l'enfance. Action des organisations internationales.

ORGANISATION DU COURS.

L'enseignement sera donné au C.I.E. sous forme de conférences, de cercles d'études, de discussions de groupes, de visites. Des voyages d'études sont prévus :

- à Nancy : Office Public d'Hygiène Sociale;
- à Soissons : Centre de Santé Publique.

CONDITIONS MATERIELLES DE PARTICIPATION.

Les frais de voyage Tunis-Paris et retour sont à la charge du Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales.

Le Centre International de l'Enfance assure au boursier le logement, le repas de midi et lui paie une indemnité de 1 D, 200 par jour et les frais de déplacements inhérents au programme d'enseignement.

Date limite de l'envoi des candidatures : 1^{er} janvier 1961.

— o —

Ed. du CARQUOIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

du Docteur Maury

CICATRISE

- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.

Favorise la **diapédèse** et la **leucocytose**.

Provoque une prolifération rapide des **bourgeons charnus**.



ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

CARDIAC PACEMAKER

STIMULATEUR CARDIAC AUTOMATIQUE

—o—

DEFIBRILATEUR

—o—

CAPTEUR DE PRESSIONS CARDIO-VASCULAIRES

UNITE ELECTRONIQUE

AMPLIFICATEUR ELECTROCARDIOGRAPHIE

POLYSCOPE POUR CONTROLE PERMANENT

ENREGISTREUR DES MESURES PHYSIOLOGIQUES

—o—

ET TOUS LES APPAREILS POUR L'EQUIPEMENT
MODERNE DES SERVICES SPECIALISES DES HOPITAUX.
AVEC UN MATERIEL DE HAUTE QUALITE,
UNE SELECTION DE MARQUES.

—o—

SCIENCE & MEDECINE

S. A. R. L. 43, AVENUE DE PARIS - TUNIS

Téléphone : 244.691

—o—

ETUDES & INSTALLATIONS

SCHOUM

FOIE

REINS

VESSIE

DRAGÉES

MAGNOSCORBOL

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL

Antiseptique

- INTERNE
- EXTERNE

AMIDOL

LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine

SCHOUM, P. Cl. 2 — MAGNOSCORBOL, P. Cl. 3 — ANIODOL, P. Cl. 1 et 2
TUNISIE - Agence Pharmaceutique Française
8, Passage de la Monnaie - TUNIS

OXYPHYLLINE

Oxy - Ethyl - Théophylline

NOUVEAU DÉRIVÉ SOLUBLE DE LA THÉOPHYLLINE
PLUS ACTIF MIEUX TOLÉRÉ

ASTHME - EMPHYSEME
DYSPNÉES SPASMODIQUES
ANGINE DE POITRINE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
INSUFFISANCE RÉNALE

Dragées à 0 gr. 10 : 4 à 6 par jour - Suppositoires à 0 gr. 35 : 1 à 2
Ampoules à 0 gr. 25 pour injection IM ou IV et pour aérosols.

LABORATOIRE AMIDO — 4, PLACE DES VOSGES — PARIS 4^e

FONDATION A. DE ROTHSCHILD — PARIS

Conférences et démonstrations sur :

**LA STANDARDISATION ET L'ACCELERATION
DES EXAMENS BIOLOGIQUES SYSTEMATIQUES
ET A BUT PREVENTIF**

Du 21 au 26 nov. 1960 — Première série

Du 13 au 18 mars 1961 — Seconde série

Tous les jours de 10 h. à

12 h. et de 14 h. à 16 h.

par A. SUCHET,
Chef du Laboratoire Chimique,

Rapporteur auprès du C.I.S.B.H. sur les techniques applicables
aux groupes humains.

Ces séances d'étude avec discussions sont destinées plus particuliè-
rement aux Chefs de Laboratoires des Hôpitaux, des Services de Méde-
cine Sociale, des Centres de Transfusion, etc...

PREMIER JOUR :

- L'intérêt du dépistage systématique d'états pathologiques encore inap-
parents, mais à évolution grave.
- L'étude des difficultés qui s'opposent au travail correct en série.
- L'unification du prélèvement et des moyens de contention.
- La suppression de l'hémolyse des échantillons de sang
- Le classement des échantillons sans marquage et la suppression des
manipulations individuelles des tubes.
- L'accélération des répartitions des liquides.
- La centrifugation d'un grand nombre d'échantillons sans déclassé-
ment.
- La colorimétrie en série.
- Le lavage des tubes dans leurs porte-tubes (1.500 à l'heure).

DEUXIÈME JOUR :

- Un ensemble de 10 réactions à partir d'un cc de sang.
- La sédimentation sanguine en série, directement dans les tubes cali-
brés de prélèvement.
- La recherche de l'anémie par l'hématocrite sur 200 échantillons en
10 minutes.
- La détermination des groupes sanguins en une heure pour 100 échan-
tillons.

collargent

acétarsol

grippes

angines

rhumes

amygdalites

pyorrhées, stomatites

AÉRO-COLLUTOIRE



UNE SECONDE SUFFIT
PLUS DE BADIGEONNAGES
PÉNÉTRATION TOTALE
DANS LA CRYPTÉ AMYGDALIENNE

Aéronébuliseur de 30 ml.
Remb. Séc. Soc. P. Cl. 6

DISTRIBUTEUR EXCLUSIF

Sasbach

CHATILLON-SUR-CHALARONNE (AIN)

TROISIÈME JOUR :

- La sérologie de la syphilis : 300 réactions (Kolmer, Kline, Suchet) sur 100 échantillons en 2 heures.
- Définition statistique et individuelle de la valeur des réactions. Le contrôle annuel des antigènes.
- Réactions quantitatives par dilution progressive, à réalisation rapide.

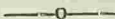
QUATRIÈME JOUR :

- Recherche des antistreptolysines sur 100 échantillons à la fois en une heure.
- Recherche en série des lipoprotéines pour le diagnostic précoce de la pré-athéromatose.
- Le sucre urinaire, l'albumine et le sang urinaire en série.
- Prothrombine. Test à l'héparine. La mesure de la viscosité sanguine en série.

CINQUIÈME JOUR :

- Numération accélérée des éléments figurés du sang.
- Contrôle de la leucocytose par la sédimentation et de l'anémie par l'hématocrite.
- Organisation de Laboratoires spéciaux d'examens systématiques préventifs, hospitaliers ou non.
- La microradiophoto.
- Classement des réactifs.
- Considération sur l'évolution de la clinique en fonction de nos moyens d'investigation.

Le nombre des participants est limité. Droits d'inscription : 80 NF au Laboratoire, 56, Av. Mathurin-Moreau, Paris-19°, Téléph. : NOR. 63-63.



LABORATOIRES DEGLAUDE

15, Boulevard Pasteur, PARIS-XV°

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE

P. Cl. 2

Tonique cardiaque

SPASMOSÉDINE

P. Cl. 2

Sédatif cardiaque

RHUMATISME



PÉNÉTRATION RAPIDE
SOULAGEMENT IMMÉDIAT

Tolérance parfaite

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE - PARIS 8^e

Plusieurs frictions
par jour

Tube de 40 g

MARQUE

MAROC : P. PELISSARD, 16, rue Dumont-
g'Urville, CASABLANCA

ALGÉRIE : Société PELASMEX, 8, rue Ampère,
ALGER

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française,
8, passage du 7-Mai, TUNIS

HOPITAL SAINT-ANTOINE
184, rue du Faubourg Saint-Antoine, Paris-12°

Service du Dr Raymond LEIBOVICI,
Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris

**COURS DE PERFECTIONNEMENT DE CHIRURGIE BILIAIRE,
HEPATIQUE ET PANCREATIQUE**

Du lundi 15 mai au samedi 20 mai 1961

Avec la collaboration de :

- Robert SOUPAULT, Professeur Honoraire du Collège de Médecine,
Chirurgien Honoraire des Hôpitaux de Paris;
Claude COUINAUD, Chirurgien des Hôpitaux de Paris, Professeur agrégé
à la Faculté, Assistant du Service :

Avec la participation de :

- P. PORCHER, Chef du Service Central de Radiologie de l'Hôpital
Saint-Antoine;
J. CAROLI, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, Professeur au Collège
de Médecine;
R. CATTAN, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, Professeur au Collège
de Médecine.

Avec le concours de :

- J. PARAF, Médecin des Hôpitaux; H. PEQUIGNOT, N. FOURES, G.
RICORDEAU, J. STERBOUL, J. ETEVE, C. MATHIS, R. SULTAN.

Le droit d'inscription est fixé à 30 NF. Il donne droit aux séances
théoriques et pratiques, ainsi qu'au repas de midi pendant la durée
du cours.

La moitié du droit doit être versée au moment de l'inscription,
la seconde moitié au début du cours.

Un certificat sera délivré à l'issue du cours.

Le nombre des participants est fixé à trente. Le cours n'aura lieu
que si vingt inscriptions sont reçues avant le 2 avril 1961.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser de 14 h.
à 18 h. au Secrétariat du Dr R. LEIBOVICI, Pavillon Peyrot, Hôpital
Saint-Antoine, 184, Rue du Faubourg Saint-Antoine, Paris-12°. Télé-
phone : ligne directe : NATION 57-34; Standard : DORian 51-85.

ampoules buvables

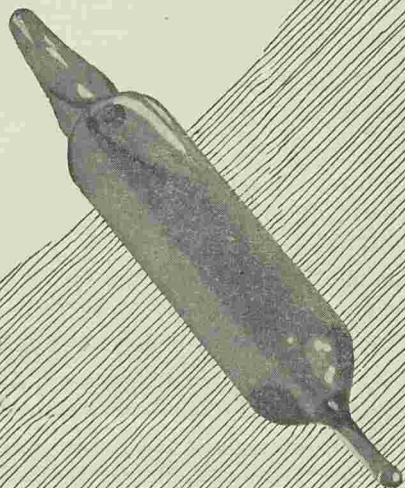
HAMARUTYL

vitamine P : 10.000 gammas

associée à la vitamine C, au Citrate sodique et à l'hamamelis.

altérations veineuses

fragilité capillaire



CENTRE PIERRE ET MARIE CURIE

Centre Anticancéreux d'Alger

(Direction : Prof. Ag. BREHANT)

—o—

Un concours sur titres pour le recrutement d'un Chef de Service de laboratoire d'Histologie et d'Endocrinologie est ouvert le 21 mars 1961 au Centre Pierre et Marie Curie.

Pour tous renseignements s'adresser à la Direction du Centre, Avenue Battandier, Alger, Téléph. : 66-19-90.

LIVRES REÇUS.

« Les Entretiens de Bichat (Chirurgie et Spécialités) 1960 ».

« Les Entretiens de Bichat (Médecine) 1960 ».

Expansion, édit.

« Le Choléra »,

par R. POLLITZER.

« Les Cirrhoses du Foie »,

par F. DARNIS, J. DUBRISAY.

G. Doin et Cie, édit.

—o—

Le Gérant : Docteur Amor KHALFAT

Imp. BASCONE & MUSCAT : 41, Avenue de Londres — TUNIS

Qui est . . . cet homme ?

L'un des plus connus du monde, du moins par les hommes en âge de se raser... puisqu'il s'agit de King G. Gillette, le célèbre inventeur du rasoir de sûreté. Mais connaît-on sa merveilleuse histoire ? Sait-on qu'il fut l'un des plus grands héros de l'industrie moderne ?

SIMPLE VOYAGEUR DE COMMERCE

C'est un matin de 1895 que Gillette eût l'idée de dessiner sur un coin d'enveloppe, deux plaquettes serrant entre elles une lame à deux tranchants. Le principe du rasoir de sûreté était né. Mais quelles difficultés pour passer à la réalisation pratique ! Modeste voyageur de commerce, Gillette ne disposait d'aucun capital, et pour comble de malheur personne ne s'intéressait à son invention...

Toutefois, à force de persévérance, il trouva un associé, loua un grenier, y installa un atelier de fortune et fabriqua les premiers rasoirs de sûreté du monde et les premières lames d'acier mince, qu'il offrait à ses amis dans le secret espoir qu'ils les essaieraient et les feraient essayer.

LA FORTUNE ARRIVA PAR LA POSTE

Au printemps 1904, le miracle se produisit. Un homme d'affaires de ses amis proposait son aide financière. Dès lors, tout changea. Gillette acheta sa première usine, un bâtiment de six étages à Boston. Bientôt il fallut construire une autre usine, puis une autre encore. Toute l'Amérique enthousiaste découvrit, grâce à Gillette, la révolution formidable qu'apporte à la « barbe » quotidienne le rasoir de sûreté.

LA PLUS GROSSE AFFAIRE DE COUTELLERIE DU MONDE

Gillette mourut en 1932, à l'âge de 77 ans. Il se trouvait à la tête d'une entreprise immense produisant 30 millions de lames par semaine et 10 millions de rasoirs par an. Aujourd'hui, la production mondiale de Gillette atteint plusieurs milliards de lames par an.

Le saviez-vous ?

→ Le tranchant d'une lame Gillette ne mesure qu'un centième de millimètre. C'est la lame au tranchant le plus tranchant du monde.

→ La barbe ne pousse pas constamment à la même vitesse. Celle-ci varie avec l'âge, l'heure du jour et la saison. Elle atteint son maximum pendant les heures du jour et de la chaleur — raison de plus pour se raser plus souvent.

→ Le poil de la barbe est plus dur que l'aluminium, le plomb ou le cuivre; la corne de rhinocéros et les piquants du porc-épic ne sont pas autre chose que du poil fortement aggloméré. Il est donc important d'utiliser pour se raser la Lame Gillette Bleue, la lame au tranchant le plus tranchant du monde.

LA TUNISIE MÉDICALE

Organe de la Société Tunisienne des Sciences Médicales
et du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

25, Avenue de Paris — TUNIS — Tél. : 245.067

Comité de Direction :

MM. S. MESTIRI — B. HAMZA — R. BEN BRAHEM —
A. CHADLY — A. KHALFAT — L. BÉNAÏSSA — Ch. TABBANE
— M. ABDELMOULA — P. BIERENT — J. BOUJENAH —
A. CHARRAD — M^{me} J. DAOUD — MM. A. FOURATI —
A. HAGEGE — L. MOATTI — H. RAIS.

Rédaction : Ch. TABBANE

Administration : Dr Amor KHALFAT
M^{me} DOUIEB



Publicité pour la France :

S. BATARD, 33 bis, Avenue Thiers — LE RAINCY (Seine-et-Oise)

Nouvel antitussif

TULISAN

(dl) camphosulfonate de narcotine (374 JL)

Logeais

**sédation rapide
de la toux**

***sans action sur le tractus digestif
bronchodilatateur
eupnéique***

S.S. - P. cl. 4

2 à 6 comprimés dragéifiés
par jour



échantillons et littératures
Michelet 07-50+

SOMMAIRE (1^{re} Partie)

—o—

Nécrologie : Etienne Burnet (1873-1960)	655
Les néphropaties gravidiques, par le Dr P. MILLIEZ	661
Conduite à tenir devant un hypertendu jeune, par le Dr P. MILLIEZ	677
De quelques statistiques sérologiques, par le Dr Ali BOUJNAH	683
Sur les donneurs universels dangereux, par le Dr A. HASSANI	697
Réflexions sur l'organisation et la marche d'un service psychiatrique, par les Drs Lucien LEVY et Théo MAAREK	701

—o—

SOMMAIRE (2^{me} partie)

—o—

INFORMATIONS :

Recrutement de quatre médecins tunisiens en Lybie	728
Cours sur les problèmes de santé mentale chez l'enfant	729
Calendrier de l'O.M.S. : Congrès régionaux des Sciences Médicales pour l'année 1961	733
Cours de perfectionnement sur la Néphrologie (Hôpital Necker)	739
Union Internationale de Thérapeutique (VII ^e Congrès — Genève)	740
Semaine Cardiologique Internationale (Hôpital Broussais)	743
Congrès de la Société Royale de la Santé à Balekpool (Angleterre)	744
Collège de Médecine et enseignement médical des hôpitaux de Paris	744
Livres reçus	749

natirose

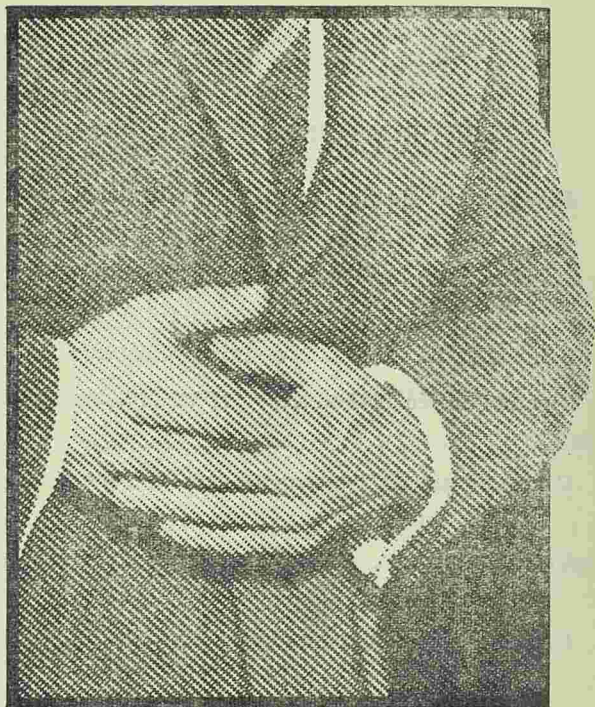
DRAGÉES A BASE DE TRINITRINE

Remboursé S.S. et agréé Collectivités (P. cl. 3)



LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (15)

- Brûlures gastriques
- Pyrosis



Gel de **POLYSILANE**

posologie

1 cuillerée à café
1/2 h. avant les repas
et au moment
des douleurs.

présentation

Tube de 100 grammes
Prix classe : 6
Remboursé par la Sécurité Sociale



LES LABORATOIRES MIDY - 67, AVENUE DE WAGRAM - PARIS (17^e)

Agents dépositaires : Société SPECIMEDHY, 37-39, rue d'Isly, TUNIS

NÉCROLOGIE

ETIENNE BURNET

(1873;-1960)



Le Docteur Etienne BURNET est mort le 20 décembre dernier à Tunis après une longue vie, bien remplie, consacrée à la Science et aux Lettres. En lui nous perdons un grand maître, un conseiller, un ami, un père.

C'était un être rare : son érudition était surprenante, sa culture des plus étendues, ses lectures étaient immenses et avec une nature aussi riche que la sienne les conversations étaient enrichissantes et variées.

Etienne BURNET était un grand penseur, doué d'un cerveau magnifique, bien meublé, ouvert et toujours curieux. Ce génie aux connaissances innombrables

ne cherchait pas à éblouir, mais répandait une lumière douce et pénétrante.

Pour nous c'était une fête de l'entendre parler, discuter science, littérature ou politique; toujours au courant de ce qui paraissait; et si nous avions besoin d'un conseil, d'un renseignement, d'une explication, nous n'avions qu'à grimper la colline du Belvédère et arriver à la villa « Calypso » où nous le trouvions le plus souvent dans son bureau, à sa table de travail, lisant ou écrivant. Il nous recevait avec sa courtoisie naturelle et avec sa grande bonté il se mettait à notre disposition. Nous repartions satisfaits, enrichis par son contact, ses conseils ou ses explications.

Il était un grand ami de la jeunesse; malgré son grand âge il est resté lui-même jusqu'aux derniers jours de sa vie, jeune de cœur et d'esprit. Il aimait être entouré de jeunes; il savait leur parler, les convaincre, et il ne se lassait pas de leur dire que ce qui compte dans la vie c'est le travail et l'amour du travail bien fait. Sa vie entière en était un exemple.

Il est né à Maurupt, dans le Département de la Marne, le 11 octobre 1873. Il avait dix ans lorsque son père, Inspecteur de l'Enseignement primaire, ayant été désigné à ce titre dans le Département de l'Yonne, E. BURNET quitta son Département natal et alla achever bril-

lamment ses études secondaires au Lycée de Sens. Au Concours général, en 1890, il remporta le 1^{er} Prix d'Histoire. Appelé à Paris au Lycée Henry IV, en 1891, il y fut dans sa classe de Philosophie, l'ami et l'élève de BERGSON qui a eu une grande influence sur son esprit d'adolescent. Il fut reçu premier au Concours d'admission de l'Ecole Normale Supérieure. Il opta pour la section de Philosophie. En 1897, il sortit de l'Ecole, agrégé de Philosophie, avec une bourse qui était alors traditionnelle, il passa une année de séjour et d'études en Allemagne, où il fut inscrit aux Universités de Berlin et de Bonn. Cette année, 1897-1898, fut pour lui une année de profonde réflexion. Il résolut de ne s'engager dans la philosophie que par la voie positive et scientifique, de se spécialiser dans la psychologie expérimentale et clinique, de faire dans ce but des études de médecine. Il fut reçu Docteur en Médecine en 1903; se sentant la vocation de la recherche, il entra à l'Institut Pasteur. Son principal maître en médecine fut Fernand WIDAL, ses maîtres à l'Institut Pasteur furent Emile Roux, Elie METCHNIKOFF et BORREL.

En 1905, il publia dans les Annales de l'Institut Pasteur de Paris, son premier travail effectué dans le laboratoire de BORREL sur l'Épithélioma des oiseaux « appelé encore variole aviaire ». Dans la suite, Etienne BURNET se livre, sans doute à l'instigation d'Emile Roux, à des recherches sur la diphtérie expérimentale chez le chimpanzé. Il arrive à la conclusion que le chimpanzé offre une résistance à la toxiféction diphtérique.

Mais les recherches les plus importantes du Docteur BURNET pendant cette période scientifique sont celles qu'il poursuit à dater de 1910, soit en collaboration de METCHNIKOFF et de TARASSEVITCH, soit seul, sur la Tuberculose et sur les bacilles atténués.

Dans un mémoire de 1912 intitulé : « La virulence des bacilles tuberculeux et les tuberculoses dites atténuées », le Docteur BURNET déclare en conclusion : « Je me propose de continuer l'étude de la flore tuberculeuse, non seulement dans les organismes, mais aussi dans le milieu extérieur afin de contribuer à la connaissance de cette immunité spontanée qu'il faudra bien un jour imiter par une méthode préventive applicable avant tout à l'Enfance..... » Il est hanté par la recherche de la vaccination préventive contre la tuberculose et c'est le principe même de la recherche du B.C.G.

La première guerre mondiale interrompt les recherches si prometteuses « dans lesquelles il se révélait déjà comme un expérimentateur hors pair ». La guerre lui prit quatre années. Il fut dans une ambulance jusqu'en 1915, puis il est appelé au laboratoire de Bactériologie de la IV^e Armée. Il y prend une part effective à la lutte contre la fièvre typhoïde. Il travaille avec le Docteur WEISSENBACH, il recueille des observations intéressantes, d'ordre épidémiologique, qu'il transmet au Professeur Fernand WIDAL; il lui suggère la nécessité de rendre la vaccination obligatoire de l'Armée et en lui proposant certaines modifications au vaccin.

En 1916, il est envoyé à l'Armée d'Orient, à Corfou, ensuite à Salonique où régnait des épidémies de dysentérie, de typhus et paludisme. Il reçut la médaille d'or des épidémies (atteint lui-même d'une forme de paludisme très grave). La guerre s'acheva pour lui comme membre d'une mission culturelle aux Etats-Unis.

En 1919, après une grave hémophysie, il se rend, sur les conseils de CALMETTE en Tunisie où il est nommé Directeur de l'Hygiène publique, poste qui venait d'être créé. Il engage la lutte contre le trachome et entreprend la première prospection d'ensemble de la Tunisie du point de vue de l'Hygiène et des maladies infectieuses et contagieuses.

Mais vite attiré par la recherche, il reprend le chemin du laboratoire, et en 1921 il passe à l'Institut Pasteur de Tunis où il est nommé Sous-Directeur, puis Directeur Adjoint.

Etienne BURNET fait durant son séjour à l'Institut Pasteur de Tunis des travaux sur la fièvre de Malte (il fait la découverte de la mélitine et de l'intradermo-réaction). Cette maladie est l'objet de sa part de nombreux articles, notes et mémoires. Il fait aussi des travaux sur la lèpre, la fièvre boutonneuse, le trachome, des recherches diverses sur la biologie des bactéries, formes filtrantes, action « d'entraînement » entre races et espèces microbiennes, perfectionnement du traitement antirabique, etc...

En même temps que ses recherches et sa grande activité scientifique, il publie des œuvres littéraires d'une valeur aussi éminente.

En 1921, c'est une chronique sur l'Armée d'Orient et sur l'histoire de 1916-1917 : « **La Tour Blanche** »; en 1923, c'est le roman des émigrés russes : « **Loïn des Icônes** »; en 1926 : « **La Porte du Sauveur** », encore une histoire du drame russe, couronné par le Prix Fémina anglais (Prix North Cliff). Il publie également une remarquable **Biographie de Pasteur** et des **Instituts Pasteurs**. En 1929, ce sont des essais critiques sur PROUST, VALÉRY, MONTHERLANT : « **Essences** ».

De 1928 à 1936, sur un appel de CALMETTE, il appartient à l'organisation d'Hygiène de la Société des Nations, comme expert, puis comme membre de la section technique. Il eut l'honneur d'être chargé d'importantes missions épidémiologiques d'intérêt mondial, qui le menèrent sur tous les continents et tous les océans, et aboutirent à d'importants rapports qui ont été publiés en français et en anglais, principalement sur les sujets suivants :

Epidémiologie, traitement et prophylaxie de la lèpre dans le monde, surtout en Europe, dans les Républiques de l'Amérique du Sud, en Extrême-Orient, Indochine, Siam, Chine, Japon, Philippines, Iles Ha-waï (Rapport 1932).

— Mouvement universel de réforme des **Etudes Médicales** qui aboutit actuellement à une renouation mondiale, particulièrement en France (Rapport 1933).

— **L'Alimentation et l'Hygiène publique**, c'est le rapport de BURNET et AYKROYD (1935) qui pose pour la première fois le problème de l'Alimentation dans le monde.

— En 1939, il publie son enquête sur l'alimentation en Tunisie qui a déterminé l'entrée de la Tunisie dans cette voie de progrès et dans la collaboration avec l'O.N.U. et le F.A.O.

Revenu à Tunis à la fin de cette mission de huit années, et succédant à Ch. NICOLLE, comme Directeur de l'Institut Pasteur, le Docteur Etienne BURNET est repris par la passion du laboratoire. Il se consacre à nouveau et plus particulièrement à des recherches sur le trachome, les brucelloses, la lèpre; et l'ensemble de ses travaux scientifiques avait attiré sur lui l'attention de nombreuses Académies et Sociétés savantes tant françaises qu'étrangères dont il fut membre.

Après la deuxième guerre mondiale Etienne BURNET prend sa retraite de l'Institut Pasteur, mais continue à travailler et à lire des ouvrages de toute nature : science, philosophie, littérature, poésie et ceci aussi bien en français, en anglais, en allemand, en espagnol qu'en grec et en latin. Ses livres de chevet étaient à la veille de sa mort, Lucrèce et Virgile.

Il a publié en 1954 un important ouvrage : « **Don Quichotte Cervantès et le XVI^e siècle** » dont la critique devait louer la précision, l'érudition et l'élégance. D'autres ouvrages sont restés inédits, entre autre un essai sur la Mort, une étude sur Lucrèce, et des souvenirs d'enfance et de jeunesse que Madame BURNET aura soin de faire publier avec l'aide de ses amis.

Madame BURNET, elle-même femme de lettres, femme de cœur et d'une grande intelligence a été une compagne incomparable et qui a pris part à toutes ses activités intellectuelles.

En 1940, elle a écrit un livre sur son mari où elle fait un bilan de sa vie et de son œuvre et l'appelle très justement : « Un Humaniste Français de ce temps ».

Il reste encore beaucoup à dire sur l'homme et son œuvre. Il était un modèle de sagesse, de distinction et de haute humanité. Il était épris de liberté et de justice; avec un courage imperturbable il a défendu envers et contre tout les causes qui lui semblaient justes. La Tunisie peut être fière d'avoir parmi ses défenseurs un tel homme. Aussi reconnaissant, le Gouvernement de la Tunisie indépendante donnait encore de son vivant « Rue du Docteur Burnet » à la rue où il a sa maison.

Je ne pourrai pas mieux terminer cet article qu'en rappelant ces quelques lignes écrites dans une lettre adressée par un de ses amis, Jacques DUCLAUX, Professeur au Collège de France, à Madame Etienne BURNET : « C'était un être rare, comme on n'en rencontre pas deux dans la vie. Il laisse un souvenir ineffaçable et maintenant à tous ceux qui l'ont bien connu il manquera toujours quelque chose, qu'ils n'ont pas l'espoir de trouver ailleurs. »

Bronchocilline



concentration pulmonaire élective

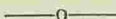
ampoules injectables
suppositoires

Laboratoire

ROGER BELLON NEUILLY - PARIS

TABLETTES CAVED - (S)

au Suc de Réglisse déglycyrrhizinisé



TRAITEMENT DES GASTRITES, GASTRITES SURAJOUTEES,
GASTRITES MEDICAMENTEUSES.

PROTECTION DE LA MUQUEUSE GASTRIQUE
CONTRE LES INCIDENTS DIGESTIFS
PROVOQUES PAR LES ANTI-INFLAMMATOIRES

Laboratoires de l'AMBRINE : 22, Rue Perceval, Paris-14^e

TUNISIE — Ets COHEN-JONATHAN : 55, Avenue de Londres — TUNIS

Le couronnement de la corticothérapie anti-inflammatoire



DÉCADRON

comprimés à 0,1 et 0,5 mg

- plus rapidement efficace,
- plus facilement maniable,
- mieux supporté,

à des doses 5 à 10 fois moindres que la prednison.

DÉCADRON (*normal*), boîte de 40 comprimés à **0,5** mg (P. cl. 29)

DÉCADRON *dosage FAIBLE* boîte de 40 comprimés à **0,1** mg (P. cl. 6)

3.000 fois plus soluble que l'hydrocortisone

SOLU DÉCADRON

injectable

Sel disodique du 21 ester monophosphorique d'hexadécadrol

- effet thérapeutique immédiat,
 - parfaite tolérance, injection indolore,
 - une seule présentation prête à l'emploi,
- pour les urgences ou les traitements locaux.*

boîte de 3 amp. de 1 cm³ contenant 4 mg de phosphate d'hexadécadrol (P. cl. 28)

toutes les indications de la corticothérapie en dermatologie

SOLU DÉCADRON

crème

- principe actif anti-inflammatoire, anti-allergique, anti-exsudatif, anti-prurigineux, totalement soluble;
- excipient de parfaite tolérance.

Tube de 5 g de crème dosée à 1‰ d'hexadécadrol (P. cl. 9)

Dd-SDde-SDd-i-34



Agréés par la Sécurité Sociale et les Collectivités

LES NÉPHROPATIES GRAVIDIQUES

par le Dr P. MILLIEZ

Il existe trois types symptomatiques de toxémie ou hypertension artérielle gravidique :

- une hypertension artérielle transitoire — accident sans lendemain — de la première grossesse, chez la femme jeune;
- une hypertension artérielle permanente, aggravée par la gestation, hypertension qui s'accroît à chaque nouvelle grossesse et se voit le plus souvent chez les multipares, presque toujours chez des femmes de plus de 30 ans;
- le troisième type d'hypertension gravidique est représenté par les hypertensions récidivant à chaque gestation, qui se voient chez des femmes apparemment saines, entre leurs grossesses.

Voici les points principaux ressortant d'une étude basée sur nos 300 dernières observations totalisant 577 grossesses :

I. LES TOXEMIES PROPREMENT GRAVIDIQUES.

La toxémie gravidique véritable est bien propre à la femme jeune et **primipare** (74 primipares sur un total de 89 observations, soit 83 %); les grossesses gémellaires et certaines perturbations gravidiques (hydramnios, môle hydatiforme) constituent les autres facteurs favorisants et expliquent la plupart des cas survenant chez des multipares.

L'apparition des signes toxémiques est tardive : leur installation avant le troisième trimestre est, en effet, exceptionnelle (7 observations sur un total de 89, soit près de 9 %) et doit d'ailleurs entraîner des réserves sur le caractère proprement gravidique de la toxémie. En général, celle-ci se manifeste au cours du huitième mois ou plus souvent encore pendant le dernier mois, quelques semaines ou quelques jours avant le terme normal de la gestation.

A la triade toxémique classique : hypertension artérielle, albuminurie, œdème, peuvent venir s'associer diverses manifestations fonctionnelles. Aussi faut-il distinguer, selon l'intensité des troubles :

1° La **prééclampsie légère** (11 observations) où il n'existe que deux signes de la triade toxémique, en général une élévation tensionnelle modérée aux alentours de 15-10 et des œdèmes, qui sont souvent remplacés par une simple prise anormale de poids.

2° La **prééclampsie sévère** (40 observations) où la triade symptomatique est au complet : importants œdèmes, hypertension artérielle

égale ou supérieure à 17-10, albuminurie abondante égale ou supérieure à 2 g par 24 heures; des manifestations fonctionnelles pénibles, telles que céphalées, mouches volantes, épigastralgies, nausées ou vomissements.

3° L'éclampsie (38 cas), caractérisée par l'exagération des signes précédents et l'apparition de convulsions isolées ou subintrantes pouvant entraîner un état comateux.

Le **problème pronostique** domine l'étude clinique de ces toxémies gravidiques. Dans notre statistique, la **mortalité fœtale** s'élève à 35 %, mais elle diffère considérablement selon la variété des manifestations cliniques :

- 11 prééclampsies légères : mortalité fœtale nulle;
- 40 prééclampsies sévères : 15 morts fœtales (soit 38 %);
- 38 éclampsies : 16 morts fœtales (soit 42 %).

La récidive d'une toxémie gravidique pure est certainement rare : parmi les 20 malades de cette série présente, atteintes de toxémie gravidique pure que nous avons pu suivre lors de grossesses successives, aucune d'entre elles n'a présenté d'accidents au cours de grossesses suivantes.

Aucune de nos 89 malades n'est devenue ultérieurement une hypertendue permanente.

Ce pronostic, dans l'ensemble favorable, ne doit cependant pas empêcher une surveillance surtout lors des gestations ultérieures.

Le traitement de la toxémie gravidique doit être préventif : autant il est possible d'agir efficacement au stade initial, autant nos moyens thérapeutiques se montrent décevants quand la toxémie est en pleine évolution. La surveillance rationnelle et attentive des femmes enceintes permet en effet d'éviter la plupart du temps l'apparition des manifestations pathologiques. Elle doit s'exercer régulièrement chaque mois à un triple point de vue :

Recherche de l'albuminurie; prise de la tension artérielle, qui ne doit en aucun cas dépasser 14 pour la maxima, 9 pour la minima; pesées mensuelles puis bimensuelles, l'augmentation de poids ne devant pas dépasser en moyenne un kilo par mois pendant les six premiers mois, deux kilos par mois (soit 500 g par semaine) au troisième trimestre.

La constatation d'un seul résultat pathologique doit faire ordonner immédiatement un régime désodé contenant moins de 2 g de chlorure de sodium par jour. Par contre, l'adjonction d'un traitement hormonal ne doit pas être systématique : celui-ci ne sera entrepris que s'il existe une déficience de l'élimination des hormones génitales.

Le traitement curateur des manifestations toxémiques est chaque jour plus étendu :

Au **stade de prééclampsie**, diverses mesures thérapeutiques demandent à être prises de toute urgence :

"ROCHE" présente

B₁ B₆

Synergie antinévritique

Comprimés laqués dosés à 250 mg de chaque vitamine

Etui de 20 - Prix : Classe 18

Remboursé par la Sécurité Sociale

« Agréé à l'usage des Collectivités Publiques »

PRODUITS "ROCHE" S.A., 10, RUE CRILLON, PARIS-4^e

FIXATEUR DE PROTÉINES

Androstanolone-Base

PROTONA

COMPRIMÉS

**Amaigrissement-Anorexie
Etats dépressifs
Sénescence**



**Syndrome prémenstruel
Troubles préménopausiques
Méno-métrorragies**

AMPOULES-SUPPOSITOIRES

STÉNANDIOL

25

50

Androstènediol-Dipropionate

NON VIRILISANT

23, RUE BALLU - PARIS IX^e

a) **Contre la rétention hydro-sodée** : établissement d'un régime désodé extrêmement sévère contenant moins de 400 mg de sodium par 24 heures (ce qui correspond à 1 g de chlorure de sodium).

Ce régime ayant le principal inconvénient de manquer de protides, ne devra pas être prolongé plus de trois semaines.

Avec ce régime strictement désodé l'apport liquidien ne demande pas à être étroitement restreint.

Certaines médications peuvent être adjointes avec profit, en particulier le chlorure d'ammonium (4 à 6 g par jour); certains n'hésitent pas à employer les diurétiques, tels que la théobromine et même les sels mercuriels. Les résines échangeuses de cations à la dose de 30 à 50 g par jour ont pu également donner des résultats favorables.

b) **Contre l'hypertension artérielle** : les mesures thérapeutiques comportent avant tout le repos au lit (qui de surcroît augmente la diurèse) et les sédatifs nervins. La cure de sommeil et les médications hypotensives récemment proposées, bien qu'ayant pu entraîner dans certains cas une chute tensionnelle, ne paraissent pas toujours capables d'enrayer l'évolution d'une toxémie sévère.

c) **Contre les perturbations hormonales** : toute thérapeutique est en général inefficace, les œstrogènes de synthèse n'agissent essentiellement qu'à titre préventif et sont en règle inactifs dans ces toxémies tardives.

En fait, tous ces traitements ne sont que palliatifs : le seul traitement véritablement spécifique de la prééclampsie consiste en la terminaison de la grossesse. Il est nécessaire d'éviter toute temporisation et si, au bout de quelques jours, le traitement médical n'entraîne aucune amélioration, l'intérêt de la mère (crainte de l'éclampsie) et celui de l'enfant (risque de mort in utero) commandent de provoquer l'accouchement, une fois que la viabilité fœtale est jugée suffisante, par rupture des membranes ou par césarienne, même si la grossesse est encore à plusieurs semaines du terme.

L'éclampsie commande les mêmes mesures thérapeutiques. Il faut de plus lutter contre les convulsions, l'œdème pulmonaire et les déséquilibres électrolytiques, mais le seul traitement sûr consiste en la terminaison de la grossesse, qui amène la cessation quasi immédiate des troubles.

II. LES MANIFESTATIONS VASCULO-RENALES NON PARTICULIÈRES À LA GROSSESSE.

Les complications gravidiques, qui surviennent chez les femmes porteuses d'une affection vasculaire ou rénale, latente ou déjà connue, se présentent sous un tableau clinique très spécial.

Ces complications se voient de préférence chez les femmes de plus de 30 ans et chez les multipares, c'est-à-dire en réalité lorsque la

tare vasculaire ou rénale a déjà évolué depuis un certain tamps. Le fait le plus caractéristique est la **précocité du début des accidents**; ils surviennent toujours avant le septième mois, en général au cours du second trimestre de la gestation. Ce seul fait permet déjà de différencier ces manifestations vasculo-rénales des véritables toxémies gravidiques qui apparaissent tardivement.

Selon la nature et la gravité de la tare préexistante, la grossesse peut, soit évoluer de manière sensiblement normale, soit se compliquer de toxémie dite surajoutée. Dans cette dernière éventualité, les accidents toxémiques prennent un aspect particulier : le tableau, en général atténué, est constitué essentiellement de troubles prééclamptiques précoces et d'évolution prolongée : les œdèmes sont légers et d'ailleurs inconstants et l'albuminurie minime ou même absente; seule l'hypertension artérielle est toujours évidente, tandis qu'une céphalée gravative et des troubles visuels fonctionnels et physiques (rétinopathie hypertensive) donnant, en fait, le tableau de l'œdème subaigu du cerveau connu sous le nom d'hypertension pseudo-tumorale, s'y associent habituellement. Près du terme peuvent se voir des accidents éclamptiques typiques.

Par suite de leur début précoce, de leur évolution prolongée et du terrain spécial sur lequel elles évoluent, les toxémies surajoutées sont toujours d'un pronostic grave : d'une part, les avortements et les accouchements prématurés sont d'une extrême fréquence et, d'autre part, on assiste dans la majorité des cas à l'aggravation de la maladie maternelle, vasculaire ou rénale, préexistante.

Le pronostic est cependant très différent selon la nature de la tare antérieure à la grossesse.

A) L'hypertension artérielle permanente dite essentielle :

L'hypertension artérielle permanente est très souvent cause d'accidents gravidiques puisque cette étiologie est retrouvée dans notre statistique dans 132 cas sur un total de 300 observations (soit 44 %) : au minimum un tiers de l'ensemble des complications vasculo-rénales de la grossesse est ainsi en rapport avec une maladie hypertensive permanente.

Le diagnostic devrait en principe reposer sur la constatation d'une hypertension artérielle antérieure à la grossesse; malheureusement cette notion manque trop souvent puisque dans plus de la moitié des cas (73 observations sur 132, soit 55 %) la maladie causale était jusque là méconnue et ne s'est extériorisée qu'à l'occasion de la gravidité. Cependant, la simple constatation d'une tension artérielle supérieure à 14-9 pendant la première moitié de la grossesse suffit pour affirmer que l'hypertension préexistait à la gestation : les toxémies proprement gravidiques sont en effet exceptionnelles à cette date et la tension artérielle est normalement basse au début de la grossesse. On retrouve, en outre, une hérédité hypertensive familiale manifeste dans 60 % des cas.

*Que la nuit est longue...
sans*

NEURINASE

VALÉRIANE STABILISÉE + BARBITAL A DOSE FAIBLE

ADULTES SOLUTION : 1 à 4 c. à c. ou COMPRIMÉS ENFANTS 1 à 2 DRAGÉES
SUPPOSITOIRES "A" : 1 ou 2 au coucher ou SUPPOSITOIRES "P" } PAR 24 h.

LABORATOIRES GÉNÉVRIER, 45, Rue M.-Michéls, NEUILLY (Seine)

TUNISIE — Ets H. BONAN et Cie : 34, Rue de Marseille — TUNIS

PULMOSERUM

TONIQUE RESPIRATOIRE

BAILLY

Gaïacol
Acide phosphorique
Codéine

*Affections
pulmonaires,
Convalescences*

4 à 5
cuillerées à
soupe, par jour

LABORATOIRES A. BAILLY

Agents pour la TUNISIE
M.M. VALENZA & C^{IE}

• S P E A B • 19, RUE DU ROCHER PARIS 8^e

36, Rue Thiers — TUNIS

ANARCHIE DIGESTIVE

LABORATOIRES CHAMON • PÉRIGUEUX et 1 RUE DANTON • PARIS
REBOURSE S.S

Gastroléna

- calme les douleurs gastriques,
- atténue et corrige l'hyperacidité du suc gastrique,
- supprime les spasmes de la musculature gastrique,
- favorise l'évacuation physiologique de l'estomac vers l'intestin

2 PRÉSENTATIONS : COMPRIMÉS P. CL. 4 • POUDRE P. CL. 3

Le pronostic des grossesses chez les hypertendues permanentes est toujours sérieux. Il importe cependant de distinguer les hypertensions d'intensité moyenne et bien compensées (T.A. aux alentours de 17-10, fonctionnement rénal normal, lésions oculaires nulles ou minimales) des hypertensions sévères (T.A. supérieure à 17-10) avec insuffisance rénale et rétinopathie hypertensive au stade III ou IV : alors que les premières sont souvent peu et même non aggravées par les grossesses, les dernières sont au contraire d'un pronostic particulièrement sombre. Il existe pourtant des exceptions à cette règle et il est, en particulier, impossible de porter un pronostic toujours favorable sur la seule notion des chiffres tensionnels relativement peu élevés avant la gestation.

Le pronostic de la grossesse dépend par contre étroitement de l'absence ou de l'existence de toxémie surajoutée, c'est-à-dire de décompensation de la maladie vasculaire antérieure à la gestation. Cette éventualité est observée dans notre statistique dans deux tiers des cas environ (208 fois sur un total de 306 grossesses); encore y a-t-il lieu de distinguer les toxémies légères (49 grossesses), marquées par une simple élévation tensionnelle isolée, des toxémies plus graves (73 grossesses), dans lesquelles s'associe une légère protéinurie et surtout des toxémies très sévères (86 grossesses) où apparaît une élévation tensionnelle marquée associée à des œdèmes et à une albuminurie importante.

Notre statistique, qui groupe 306 grossesses (dont 3 gémellaires) survenues chez 132 femmes hypertendues permanentes, fait état de 144 accouchements à terme, 87 accouchements prématurés, 44 avortements (dont 7 pratiqués à titre thérapeutique), 31 opérations césariennes. La mortalité fœtale se montre légèrement inférieure à la moitié (147 mort-nés sur un total de 309 fœtus, soit 47,5 %) alors que dans notre statistique précédente la mortinatalité était de 55 % (139 mort-nés sur un total de 255 fœtus).

Le but du traitement doit consister à éviter toute aggravation de la maladie hypertensive et par conséquent à minimiser les troubles vasculaires placentaires afin que la grossesse se poursuive jusqu'à son terme normal.

Ceci est possible quand l'hypertension artérielle est modérée : l'apparition d'une toxémie surajoutée moyenne ou sévère peut alors être empêchée en appliquant un régime désodé strict, en imposant le repos au lit et en donnant des sédatifs nervins. L'adjonction d'un traitement hormonal par la progestérone et surtout par les œstrogènes de synthèse paraît dans ce cas susceptible d'éviter l'avortement ou l'accouchement prématuré (sur 24 cas traités, nous avons enregistré 18 résultats satisfaisants et 6 échecs); cette thérapeutique ne doit pas être appliquée à titre systématique, mais être basée sur les résultats des dosages des stéroïdes placentaires répétés tous les mois : c'est ainsi que sur 28 observations, nous avons 12 fois une élimination hormonale normale, 9 fois une insuffisance folliculinique isolée (compensée

dans 6 cas avec succès par les oestrogènes), 7 fois une insuffisance placentaire globale toujours irréductible malgré un traitement hormonal massif.

Lorsque la maladie hypertensive est mal compensée et surtout quand vient de ce fait se surajouter une toxémie sévère, les traitements précédents, même associés aux nouvelles médications hypotensives, sont très souvent insuffisants et ne permettent pas d'enrayer l'évolution des troubles. La seule ressource thérapeutique active consiste alors à hâter la fin de la gestation si le fœtus est suffisamment développé pour avoir une chance raisonnable de survie, car la prolongation de la grossesse dans ces conditions ne fait que réduire les chances de vie de l'enfant et entraîne chez la mère des lésions vasculaires en grande partie irréversibles. La gravité du pronostic fœtal et maternel explique les tentatives de sympathectomie dorso-lombaire au cours même de la grossesse; certains succès ont été ainsi obtenus bien que les résultats de cette intervention soient infiniment supérieurs lorsque la sympathectomie est pratiquée avant la gestation : de cette manière nous avons pu obtenir 5 succès sur 6 tentatives, malgré des antécédents gravidiques particulièrement sévères.

B) Les atteintes rénales antérieures à la grossesse :

Les 60 cas d'affections rénales que nous avons étudiés se décomposent en :

- 37 glomérulonéphrites chroniques;
- 16 pyélonéphrites chroniques ou néphrites ascendantes;
- 4 néphrites aiguës et néphroses lipoïdiques;
- 3 anomalies rénales congénitales avec azotémie.

Les glomérulonéphrites chroniques :

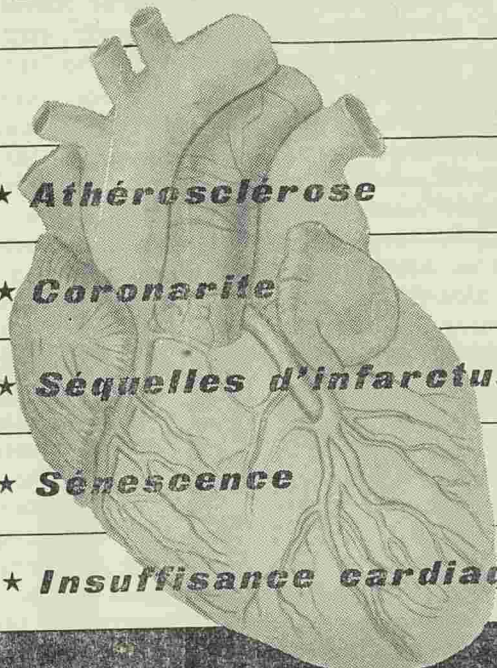
Le problème posé par la survenue d'une grossesse chez une femme atteinte de glomérulonéphrite chronique est dominé par la présence ou l'absence d'hypertension artérielle.

Les néphrites chroniques hypertensives sont rarement observées chez les femmes enceintes (15 cas sur 300 observations, soit 5 %). Les accidents toxémiques y sont habituellement d'une extrême sévérité et surviennent avec une particulière fréquence et une très grande précocité. La néphrite chronique, en général, connue avant le début de la grossesse, entraîne le plus souvent au cours du deuxième trimestre, parfois même dès le premier trimestre de la gestation, des accidents rapidement alarmants car, à la poussée hypertensive, s'associent d'importants œdèmes, une albuminurie massive et une insuffisance rénale très marquée avec élévation rapide de l'azotémie. A part l'institution d'un régime hypoprotidique et désodé il n'existe aucun traitement spécifique. Les risques maternels sont parfois tels, et ceci sans aucun espoir de survie de l'enfant, que la seule ressource thérapeutique consiste à arrêter la grossesse.

Le pronostic fœtal est dans ces formes désastreux comme en témoigne notre statistique portant sur 35 grossesses : nous n'avons ob-

Affections dégénératives

CARDIOVASCULAIRES

- 
- ★ *Athérosclérose*
 - ★ *Coronarite*
 - ★ *Séquelles d'infarctus*
 - ★ *Sénescence*
 - ★ *Insuffisance cardiaque*

PYRIDOXINE 250 mg LABAZ

(VITAMINE B₆)

flacons de **20** et **40** comprimés

Labaz

4 RUE DE GALLIERA. PARIS 16

Liveroil

SUPPOSITOIRES

HUILE DE
FOIE DE MORUE
EUVITAMINÉE

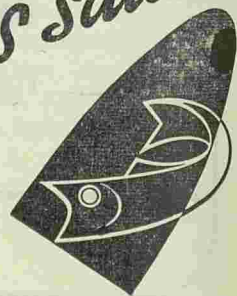
A B₁ B₂ B₆ D₂

+ EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE DE FOIE

APPETIT

rend le bon veau →

à tout âge de la vie
en toutes saisons



servé en effet que 4 grossesses normales et 5 toxémies légères, alors qu'il y eut par contre 9 toxémies de moyenne intensité et 17 toxémies sévères; 11 fois seulement l'accouchement eut lieu à terme, tandis que se produisirent 14 accouchements prématurés et 10 avortements (dont 2 à titre thérapeutique). Sur un total de 35 fœtus, 24 étaient mort-nés, ce qui entraîne une mortalité fœtale de 68,5 %.

Les néphrites chroniques non hypertensives ont un pronostic plus favorable comme en témoignent nos 22 observations. Sur un total de 49 grossesses (dont une gémellaire), nous n'avons observé que 14 toxémies de moyenne intensité et 6 toxémies sévères alors que 12 grossesses évoluèrent normalement et que 17 toxémies légères survinrent. Il y eut 27 accouchements à terme, 16 accouchements prématurés, 3 interventions césariennes et 3 avortements (dont un à titre thérapeutique). Sur un total de 50 fœtus, 41 sont nés vivants, il n'y eut que 9 mort-nés, soit une morti-natalité de 18 % (dans notre précédente statistique, qui ne groupait que 9 malades, totalisant 18 grossesses, la morti-natalité atteignait 17 %).

Cette statistique est suffisamment démonstrative pour prouver le rôle singulièrement aggravant du facteur hypertensif pour le pronostic fœtal et, en l'absence d'hypertension, le peu de nocivité de l'insuffisance rénale. Celle-ci ne saurait donc constituer une contre-indication à la poursuite de la grossesse : sur 7 malades présentant une insuffisance rénale et totalisant 20 grossesses, il n'y eut que 3 morts fœtales (soit 15 %) tandis que sur 15 malades sans insuffisance rénale totalisant 30 grossesses, 6 morts fœtales (soit 20 %) ont été constatées.

Les pyélonéphrites chroniques (néphrites ascendantes) :

Les pyélonéphrites chroniques entraînent sensiblement les mêmes complications hypertensives et azotémiques que les glomérulonéphrites chroniques. Elles se présentent d'ailleurs sous un tableau clinique analogue. Dans 14 de nos cas sur 16, l'urographie a pu être pratiquée; le pyélogramme s'est toujours montré pathologique : 5 pyélites chroniques, 5 hydronéphroses et 4 atrophies rénales.

L'analyse de nos 16 observations totalisant 41 grossesses confirme l'influence aggravante des pyélonéphrites chroniques hypertensives sur l'évolution de la gestation : 13 fois seulement la grossesse a évolué normalement; il y eut 15 toxémies de moyenne intensité et 13 toxémies sévères. L'accouchement est survenu à terme dans 19 cas, alors que 18 fois il fut prématuré et que 4 fois survint un avortement (dont 2 à titre thérapeutique). Le pronostic fœtal, bien que sévère, l'est cependant moins, semble-t-il, qu'en cas de glomérulo-néphrite hypertensive : il y eut 16 fœtus mort-nés, soit une morti-natalité de 39 %.

Les glomérulonéphrites aiguës et les néphroses lipoidiques :

Il s'agit là d'éventualités extrêmement rares au cours de la grossesse, mais faciles à séparer du cadre des toxémies proprement gravidiques.

L'évolution de la grossesse est ici imprévisible, les lésions rénales pouvant subir une aggravation notable et la mort du fœtus pouvant être observée. A l'opposé, la néphropathie ne retentit pas toujours sur l'évolution de la grossesse ou, même si la lésion rénale s'aggrave, la grossesse peut se terminer favorablement : nous avons observé cette dernière et heureuse éventualité dans 3 cas de néphrose lipoïdique pure donc sans hypertension permanente et dans un cas de glomérulonéphrite aiguë en cours de gestation.

Les anomalies rénales congénitales :

Les anomalies rénales congénitales retentissent de façon très variable sur l'évolution de la gravidité. Si l'anomalie s'accompagne d'hypertension artérielle, les accidents gravidiques peuvent être extrêmement sévères : il en fut ainsi dans un cas de reins polykystiques. Par contre, si l'anomalie rénale consiste en une hypoplasie rénale, n'entraînant qu'une hyperazotémie isolée, le pronostic fœtal est beaucoup moins redoutable : dans 2 cas récemment étudiés, grâce à une surveillance attentive et à un traitement hormonal supplétif, nous avons réussi à prolonger la grossesse; une césarienne, au début du neuvième mois, donna naissance à deux fœtus hypotrophiques, mais vivants.

III. LES TOXEMIES GRAVIDIQUES RECIDIVANTES.

Les toxémies gravidiques récidivantes, bien que rarement observées (19 cas sur un total de 300 observations, soit 6 %), constituent une forme clinique très particulière.

A quelques nuances près, la symptomatologie de la toxémie récidivante est identique à celle de l'hypertension artérielle permanente au cours de la grossesse. Son apparition est précoce, se faisant en général pendant le deuxième trimestre de la gestation. La symptomatologie est constituée par l'association d'une élévation tensionnelle légère, mais stable et peu influencée par le repos, le régime et les médications, et d'une albuminurie quasi constante et en règle inférieure à 1 g pour 1.000; les œdèmes sont par contre plus inconstants et toujours modérés. Ainsi se trouve réalisé le plus souvent le tableau d'une toxémie de moyenne intensité, que nous avons observé 23 fois sur un total de 49 grossesses, alors que nous n'avons constaté que 13 toxémies sévères, 11 toxémies légères et seulement 2 grossesses normales.

En dépit de leur apparence relativement anodine, les toxémies gravidiques récidivantes bénignes pour la mère sont d'un pronostic particulièrement sombre pour l'enfant. Elles se renouvellent presque inmanquablement lors des grossesses ultérieures (seulement 2 grossesses normales sur un total de 49 dans notre statistique) et ont tendance à se compliquer. Les hématomes rétro-placentaires sont ici spécialement fréquents; les accouchements prématurés sont la règle (30 accouchements prématurés, dont 3 par césarienne et 4 avortements sur un total de 49 grossesses) et la mortalité fœtale est anormalement élevée : 28

mort-nés sur un total de 49, soit 57 % (notre précédente statistique, qui portait sur 32 grossesses, faisait état d'une mortinatalité de 75 %). De tels faits conduisent à ne pas conseiller une nouvelle grossesse lorsque plusieurs gestations successives ont entraîné des complications fœtales sévères.

Il n'existe aucune thérapeutique spécifique en cas de toxémie récidivante.

CONCLUSIONS

D'après nos 300 dernières observations totalisant 577 grossesses :

1° La toxémie proprement gravidique survient le plus souvent lors de la première grossesse, apparaît tardivement, n'offre aucun danger réel pour la mère si celle-ci est surveillée et ne récidive que très exceptionnellement lors de grossesses ultérieures.

Le traitement est essentiellement préventif. Le régime désodé en est l'élément majeur. L'apparition de troubles sévères commande l'accouchement immédiat.

2° La toxémie surajoutée survient précocement et présente un réel danger pour la mère et pour l'enfant. Elle récidive en général à chaque grossesse.

Le traitement peut être préventif (Smithwick). L'hormonothérapie connaît ici ses indications majeures.

3° La toxémie récidivante est précoce et revêt le tableau clinique de la toxémie surajoutée, alors que la femme ne présente ni avant, ni après la grossesse aucun signe de tare vasculaire ou rénale. La toxémie récidivante offre un danger nul pour la mère, considérable pour l'enfant.

Le régime désodé et le traitement hormonal paraissent ici inefficaces.

(Centre de recherches sur l'H. T. A., Hôpital Beaujon, Clichy (Seine). Pr Paul MILLIEZ).

Générateurs d'aérosols

Blocs-derm

Assainisseurs permanents d'atmosphère et Microbicide Hygicol 3

Ultrasons

Aspirateurs chirurgicaux et Tire-lait



Établissements HENRY POTEZ
Département HYGISCIENT

46, Avenue KLEBER Paris 16^e Téléphone KLEber 27.83
Fournisseur de l'Assistance Publique et des Services de Santé Militaires.

Littératures et échantillons O.S.P. : 10, Rue Amilcar - TUNIS
Marcel KOSKAS — 8, Rue d'Alexandrie — TUNIS

KAMYCINE



32, rue de l'Arcade, Paris-8^e - Anj. 49-70

RÉF. 300.2

Conduite à tenir devant un Hypertendu jeune

par le Dr P. MILLIEZ

La découverte, chez un sujet jeune, d'une hypertension artérielle permanente et générale impose :

- l'appréciation de son retentissement vasculaire;
- la recherche d'une étiologie précise;
- une attitude thérapeutique.

I. LE RETENTISSEMENT VASCULAIRE.

La palpation des artères périphériques juge de l'importance de la sclérose et d'éventuelles thromboses.

L'examen du fond d'œil, associé à la prise de la pression de l'artère rétinienne, renseigne sur l'état des artérioles (sinuosité des artères, irrégularités de calibre, écrasement des veines par les artérioles) et sur la perméabilité des vaisseaux (thromboses, hémorragies, exsudats, œdème).

L'état du cœur doit être bien précisé. Après l'interrogatoire soigneux, une bonne auscultation, l'examen radiologique apprécie la déviation, l'augmentation de calibre de l'aorte et le volume du ventricule gauche. L'électrocardiogramme peut se montrer normal ou présenter des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche, des signes coronariens.

L'altération du fonctionnement rénal permet de juger de l'atteinte artériolo-capillaire de cet organe particulièrement vascularisé. L'examen complet des urines (recherche d'une albuminurie, culot urinaire avec culture, numération des hématies et leucocytes éliminés par minute) et les épreuves fonctionnelles classiques associées si besoin à la mesure des clearances glomérulaire et tubulaire sont nécessaires.

Enfin, certains tests très simples étudient la régulation tensionnelle : test d'effort et test au froid.

II. LES RECHERCHES ETIOLOGIQUES.

L'ensemble de ces examens permet d'apprécier le degré de gravité et l'évolutivité de l'hypertension artérielle, mais il ne faut pas oublier que l'hypertension n'est qu'un symptôme : l'examen d'un hypertendu jeune doit donc de toute nécessité comporter la recherche, d'autant plus acharnée que le sujet est plus jeune, d'une étiologie, essentiellement rénale ou surrénale; l'hypertension artérielle essentielle doit voir son cadre se rétrécir chaque jour.

Les hypertensions d'origine rénale

Le plus souvent, l'hypertension artérielle est en rapport avec des **lésions rénales bilatérales**, qui sont au-dessus de toute ressource thérapeutique, qu'il s'agisse de glomérulo-néphrite chronique, de néphrite interstitielle ascendante, de néphro-angio-sclérose ou d'anomalies congénitales (polykystose et aplasie rénale bilatérale, malformation des voies excrétrices).

Bien que plus rares, les hypertensions par **anomalie rénale unilatérale** doivent être recherchées avec soin en raison des possibilités de guérison radicale. Seules les explorations radiologiques permettent le diagnostic.

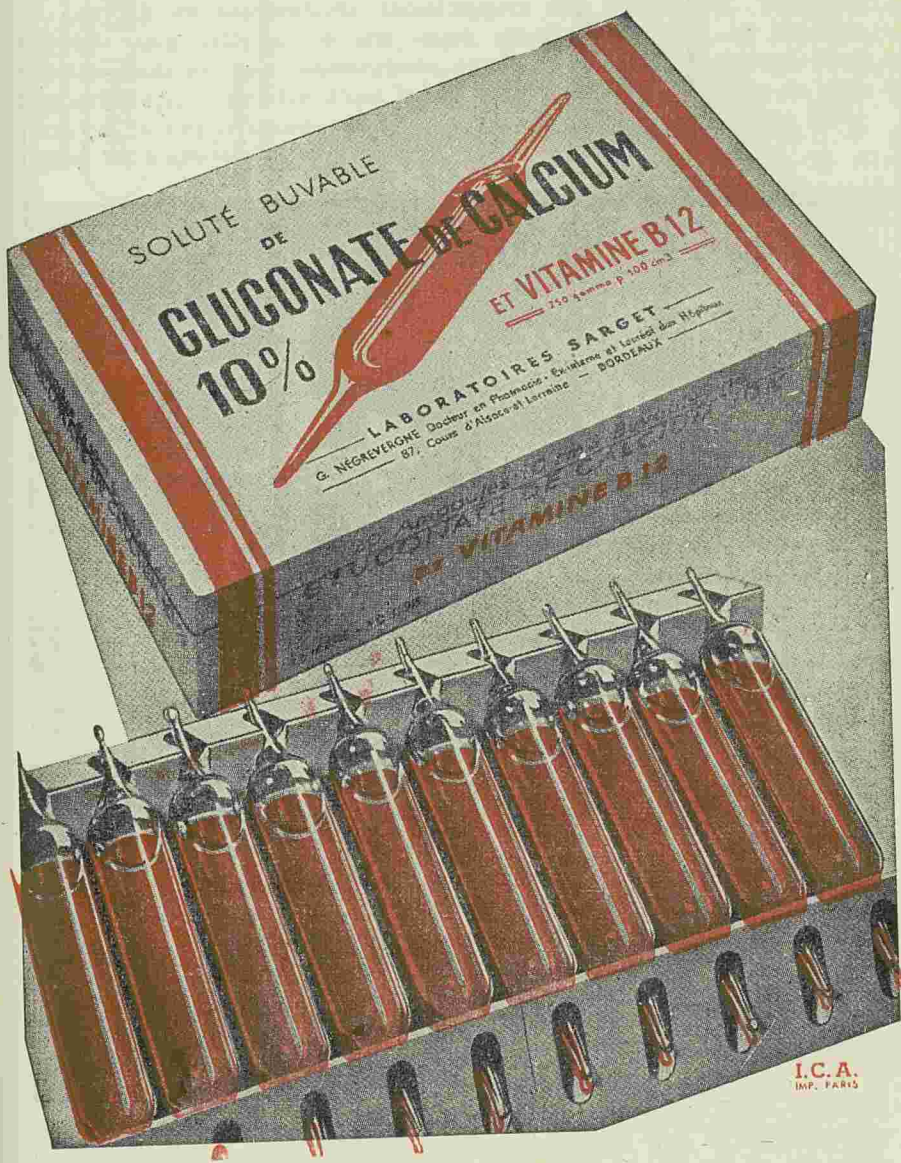
L'**urographie intraveineuse** constitue une investigation capitale; l'examen couché sera toujours complété par la prise d'un cliché en position verticale et par une cystographie pré puis post-mictionnelle. Dans plus de la moitié des cas, l'anomalie rénale unilatérale consiste en une pyélonéphrite atrophique, plus rarement il s'agit d'une tuberculose rénale, d'une hydronéphrose ou d'un rein lithiasique. Une maladie du col avec distension vésicale peut être découverte. Il existe même des cas de distension et de reflux sans qu'il y ait nécessairement de résidu vésical.

La **radiographie**, nouvelle venue en pathologie rénale, apporte des données fort intéressantes et simples sur le fonctionnement séparé des deux reins.

La **pyélographie rétrograde** n'est indiquée que lorsque l'un des reins n'apparaît pas à l'urographie. On profitera parfois de cet examen pour effectuer en même temps une séparation des urines en vue de l'étude fonctionnelle séparée de chaque rein.

Le **réthropneumopéritoine**, qui doit comporter, en dehors des clichés standard, des coupes tomographiques indispensables pour un diagnostic précis, met parfois en évidence une anomalie rénale ou une atrophie unilatérale; cette méthode peut même faire découvrir un rein aplasique alors que les autres investigations tendent à conclure à une agénésie rénale.

L'**artériographie rénale** précise des lésions vasculaires, génératrices d'hypertension artérielle, alors même que l'urographie donne des résultats normaux ou ne révèle que des anomalies très minimes. L'artériographie, pratiquée de préférence par voie fémorale (car cette technique simple permet l'injection de la plus petite quantité de produit de contraste), se décompose en plusieurs temps : temps artériel, étudiant l'artère rénale et ses branches, temps néphrographique, appréciant le volume du rein et l'importance de la sécrétion rénale, et parfois temps urographique. L'artériographie rénale peut montrer une thrombose, un rétrécissement localisé ou étendu d'une artère rénale, un anévrisme artériel ou artério-veineux, la compression d'une artère par une tumeur.



TUNISIE — SO.DIME.PHA : 5, Rue de Broves — TUNIS

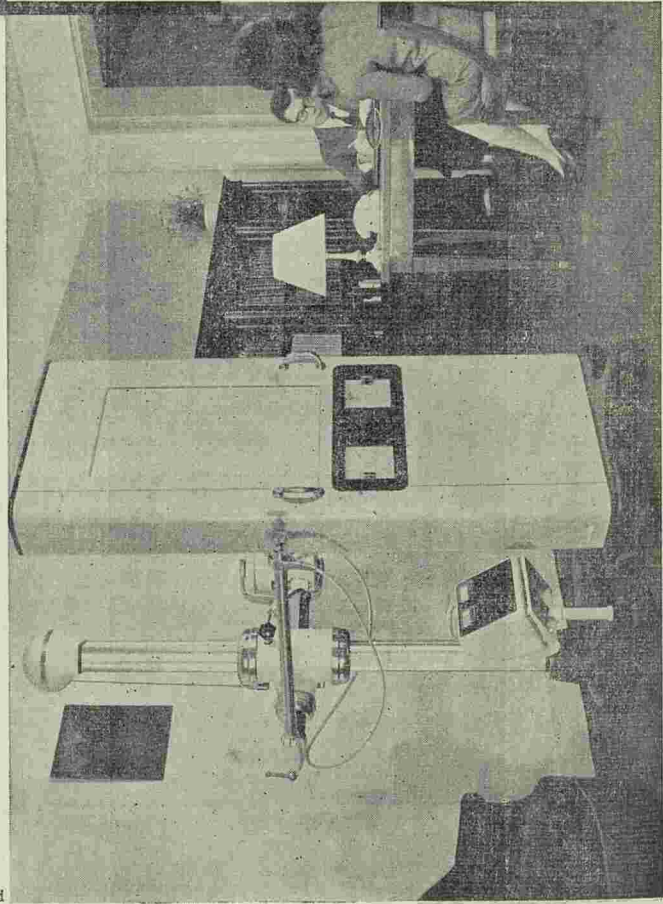
radioscopie

sécurité du diagnostic

radiogroupe

votre sécurité

publity



demandez notre documentation
"jeune médecin"

MASSIOT PHILIPS
MATÉRIEL MÉDICAL

40 avenue Hoche Paris 8^e arr. tél. 06-24

Complément de l'artériographie, la **phlébographie rénale** est difficile à réaliser en raison de la vitesse et de la pression élevée du flux veineux rénal qui empêchent habituellement l'opacification à contre-courant de la veine rénale.

Lorsque les explorations radiologiques ont permis de rattacher l'hypertension artérielle à une lésion rénale unilatérale, la **sanction thérapeutique doit être chirurgicale**, car il s'agit de sujets jeunes, dont l'hypertension se montre d'une haute gravité : la seule chance de guérison est la **néphrectomie** dont les résultats sont parmi les plus favorables en matière d'hypertension.

Les hypertensions d'origine surrénale

Une origine surrénale, médullaire ou corticale, doit toujours être recherchée systématiquement, d'autant plus que là encore le traitement chirurgical peut amener la guérison totale de l'hypertension artérielle.

En premier lieu s'impose la recherche d'un **médullosurrénalome**. Certes, un **phéochromocytome** peut se traduire cliniquement par l'apparition d'accès hypertensifs paroxystiques chez un sujet normotendu ou hypertendu permanent, mais il se manifeste au moins aussi souvent également sous l'aspect d'une hypertension permanente banale. Ceci démontre l'intérêt de la pratique systématique du test à la régitine : l'injection intraveineuse de 5 mgr de régitine provoque, en cas de phéochromocytome, une chute tensionnelle immédiate, importante et prolongée. La confirmation du diagnostic repose sur deux examens : le dosage des catécholamines urinaires, qui donne des chiffres quatre à dix fois supérieurs à ceux des sujets normaux, et le rétropneumopéritoine, qui montre une opacité anormale, arrondie, du siège surrénalien ou para-surrénalien. Le traitement est chirurgical.

L'hypertension artérielle d'**origine cortico-surrénale** le plus souvent rencontrée est celle du syndrome de Cushing. Ce diagnostic, soulevé dès l'inspection du malade, doit être confirmé par le dosage des 17-hydroxycorticostéroïdes et des 17-cétostéroïdes, qui met en évidence le trouble biologique caractéristique de ce syndrome, l'augmentation des glucocorticoïdes associée ou non à l'augmentation des 17-cétostéroïdes. En outre le diagnostic étiologique de ce syndrome de Cushing (cancer, adénome ou hypertrophie) peut être affirmé dans un grand nombre de cas par les dosages hormonaux après deux épreuves dynamiques : l'épreuve de stimulation par l'A.C.T.H. et l'épreuve de freination hypophysaire par la delta-cortisone. Le rétropneumopéritoine montre, en cas de tumeur cortico-surrénale, une opacité surrénale anormale dans sa forme et son volume. Lorsque le diagnostic étiologique reste litigieux, une exploration chirurgicale s'impose : on fera une surrénalectomie unilatérale en cas de tumeur, une surrénalectomie bilatérale subtotale ou même totale en cas d'hyperplasie.

Enfin, dernier type assez rare d'hypertension d'origine surrénale, l'hypertension artérielle de l'**hyperaldostéronisme primaire** ou syndro-

me de Cohn, lié à un adénome ou à un carcinome cortico-surrénal sécréteur d'aldostérone. On doit y penser lorsqu'un hypertendu présente une polyurie, une polydipsie, une asthénie musculaire chronique associée parfois à des paralysies périodiques et à des crises de tétanie. Le syndrome biologique est très particulier : dans le sang, une hypokaliémie, une hypernatrémie et une augmentation de la réserve alcaline; dans les urines, une hyperkaliurie, un pH alcalin et une densité basse. La confirmation du diagnostic est apportée par le dosage de l'aldostérone urinaire et le rétropneumopéritoine.

L'hypertension permanente essentielle

Malgré les progrès des investigations radiologiques et hormonales, les hypertensions artérielles d'origine rénale ou surrénale curables chirurgicalement ne sont pas encore les plus fréquentes. Souvent, aucune étiologie n'est découverte : dans ce cas, une seule donnée est fréquemment retrouvée chez les sujets jeunes : une hérédité hypertensive grave.

L'hypertension essentielle ne relève que d'un traitement symptomatique, qui peut être médical ou chirurgical.

Le traitement médical doit toujours être tenté en premier lieu; il s'appuie sur trois grands éléments : le repos, les médications hypotensives, la diététique.

Le repos, physique et moral, est un élément essentiel du traitement; il peut parfois entraîner la normalisation des chiffres tensionnels.

Les médications hypotensives sont variées, mais les principales sont : les hydrazinophthalazines, les alcaloïdes du *Rauwolfia* qui, outre leur action hypotensive, possèdent une action neuro-sédative très nette. La chlorothiazide et ses dérivés donnent à longue échéance de bons résultats.

Il est également toujours indispensable de faire un essai bien conduit du régime désodé, qui ne doit pas être carencé, mais varié et relevé par divers condiments.

Lorsque la gravité de l'hypertension paraît mettre en jeu à brève échéance la vie du sujet, le traitement chirurgical est le seul recours, en sachant que l'insuffisance rénale constitue cependant une contre-indication absolue. A l'opération de Smithwick il paraît souhaitable d'adjoindre une intervention surrénalienne bilatérale, *subtotal*. Ces interventions comportent une mortalité opératoire d'environ 5 % et n'entraînent de guérison apparemment complète que dans 25 % des cas; dans les 75 autres cas sur cent, malgré la persistance d'une tension artérielle élevée, les troubles fonctionnels disparaissent, les lésions du fond d'œil sont améliorées, les médications hypotensives voient leur activité renforcée et le plus souvent le sujet peut reprendre une activité professionnelle normale.

DE QUELQUES STATISTIQUES SEROLOGIQUES

par le Dr Ali BOUJNAH

—o—

En règle générale, les statistiques sur la syphilis sont publiées par des vénérologues ou autres spécialistes s'occupant de cette question et sont, dans l'ensemble, influencées par une certaine variété, si l'on peut dire, de clientèle.

Les statistiques que je vous soumetts paraissent échapper à ces influences, et sont de trois ordres :

1° La première concerne les donneurs qui se sont présentés au Centre de transfusion de l'Hôpital Sadiki.

2° La deuxième concerne des jeunes gens qui se sont présentés au recrutement de l'armée en 1960.

3° La troisième concerne environ 5.000 habitants du Gouvernorat de Gafsa, pris au hasard.

LES METHODES UTILISEES

Elles ont été différentes :

— Pour les donneurs de l'Hôpital Sadiki, l'étude sérologique est complète, nous pratiquons les réactions d'hémolyse type Debains, les réactions de floculation de Kline et de V.D.R.L. avec automatiquement dosage quantitatif de la réagine syphilitique.

Depuis un an environ, nous utilisons aussi l'antigène tréponémique de Reiter qui a pour avantage de mettre en évidence dans le sérum syphilitique des anticorps antiprotidiques, à côté de la réagine classique qui est anti-antigène de Wasserman, c'est-à-dire antilipidique.

— Pour toutes les recrues, le Service de Santé du Secrétariat d'Etat à la Défense Nationale a décidé d'inclure dans la visite médicale d'incorporation un Bordet-Wasserman. Etant donné le nombre de B.W. que nous devons faire quotidiennement à l'Hôpital Militaire, nous avons d'abord pratiqué des réactions de floculation (Kline, V.D.R.L. et Kline quantitatif), et seuls les sérums positifs faisaient l'objet d'une réaction d'hémolyse.

Celle-ci se révéla, durant les 5.000 premiers examens, toujours positive; aussi l'avons-nous abandonnée.

Nous ne pratiquons plus que les réactions de floculation et nous n'admettons comme positifs que les sérums positifs dans les deux réactions de Kline et de V.D.R.L. et, ayant un Kline quantitatif égal ou supérieur à 2 unités.

Cette même méthode a été utilisée pour l'étude pratiquée dans le Gouvernorat de Gafsa.

Voici maintenant les résultats :

1° Centre de transfusion de l'Hôpital Sadiki :

En 1959 et 1960, il y a eu 3.056 donneurs :

Hommes	2.196
Femmes	860

Sur lesquels il y a eu :

Hommes	168 B.W. positifs
Femmes	57 B.W. positifs

Ce qui fait les pourcentages respectifs de 7,19 %, 6,62 % et 7,03 % comme pourcentage général.

Ces chiffres nous paraissent considérables du fait qu'on ne prend jamais le sang chez un sujet, sans, au préalable, examen clinique détaillé.

2° Les recrues (Tableaux I à XIII).

Nous avons pratiqué à ce jour 18.731 B.W. et ce, simplement dans l'année 1960. Tout Tunisien de 20 ans est astreint au service militaire et est l'objet lors de la visite d'incorporation de nombreux examens cliniques, radiologiques et sérologiques.

Cette étude sérologique a donc été faite sur des jeunes gens venant de toutes les régions du pays.

Les tableaux ci-joints montrent les chiffres de B.W. pratiqués, des B.W. positifs et des pourcentages de sujets atteints, dans tous les Gouvernorats et Délégations de la République.

Sur 18.731 B.W. pratiqués, 1.484 étaient positifs, soit un pourcentage général de 7,86 %, sensiblement le même que celui trouvé au Centre de transfusion de l'Hôpital Sadiki.

Cependant, l'étude géographique montre des régions nettement plus atteintes que d'autres. Toutefois ce pourcentage est celui trouvé chez un nombre plus ou moins grand de jeunes gens, et n'est pas, automatiquement, le reflet de toute la population.

En ce qui concerne les jeunes gens ayant une sérologie positive, les premiers temps on leur conseillait vivement de se soigner une fois rentrés chez eux. Ensuite on leur a donné un papier pour leur médecin et ce n'est que dernièrement qu'il a été décidé de faire à toutes les recrues syphilitiques une injection de pénicilline retard lente de 2.400.000 unités.

Du fait qu'il s'agit de jeunes gens à haut pouvoir contaminant, et se souciant peu des conseils qui leur ont été donnés, on a pris cette mesure.

Dans une étude récente, GRACIANSKY et GRUPPER ayant traité par une injection unique de pénicilline des malades atteints de syphilis primo-secondaire et suivi ces malades pendant 1 à 7 ans ont abouti :

— A la stérilisation des lésions contagieuses en 24 heures, disent-ils, puis à leur cicatrisation dans tous les cas.

— A la négativation sérologique dans 90 % des cas de syphilis secondaire.

Amibicide spécifique
de grande efficacité par **voie buccale**

GLAUCARUBINE HOUDÉ

Substance *cristallisée* extraite du *Simaruba glauca*
Comprimés sécables dosés à 50 mg.
Tube de 25

- Dysenterie amibienne aiguë
- Amibiase intestinale chronique
- Colites amibiennes.

Posologie : Adultes : 4 à 6 comprimés par 24 heures pendant 5 à 10 jours;

Enfants : 3 mg. par kilogramme de poids par 24 heures pendant 5 à 10 jours.

Remboursé par la Sécurité Sociale. Prix classe 14

Laboratoires HOUDÉ
NOR. 40-58 9, rue Dieu, Paris 10^e BOT. 60-98
Adresse télégraphique : GRANULOUDÉ-PARIS

SCHOUM

FOIE

REINS

VESSIE

DRAGÉES

MAGNOSCORBOL

Chl. de Mg + Vitamine C

ANIODOL

Antiseptique

- INTERNE
- EXTERNE

OMNIMUM

LABORATOIRES PARISIENS - 13, 15, Rue de la Sablière - Courbevoie/Seine

SCHOUM, P. Cl. 2 — MAGNOSCORBOL, P. Cl. 3 — ANIODOL, P. Cl. 1 et 2
TUNISIE - Agence Pharmaceutique Française
8, Passage de la Monnaie - TUNIS

GRIPPE · REFROIDISSEMENTS



CÉQUINYL

VITAMINE C A HAUTES DOSES
+ QUININE ACTIVÉE (QUINIMAXI)
comprimés dragéifiés



Société d'Exploitation des LABORATOIRES DEROL Service des Relations Médicales 66^{ter} rue St Didier PARIS 16^e

Laboratoires LOBICA - PARIS

Distributeurs exclusifs

Laboratoires Pharmaceutiques DEROL 127, rue de Saussure, Paris 17^e

SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS (Tunisie)

PHARMEDY : 13, Rue J.-J. Rousseau — ALGER (Algérie)

M. PELISSARD : 16, Rue Dumont d'Urville — CASABLANCA (Maroc)

Nous n'avons ni les possibilités, ni les moyens de suivre ces jeunes une fois libérés, mais nous croyons les avoir stérilisés du point de vue syphilis, bien sûr, avec cette injection unique de pénicilline.

3° Gouvernorat de Gafsa. (Tableau XIV).

A la demande du Service d'Hygiène Publique et de Prévention Sociale du Secrétariat d'Etat à la Santé Publique, nous avons pratiqué en septembre 1960, dans la région de Gafsa, 4.563 B.W. Là, on s'est adressé aux hommes et aux femmes de tous les âges, à partir de 15 ans.

Sur 4.563 B.W. pratiqués il y avait 842 positifs, soit un pourcentage de 17,43 %. A noter :

— D'une part, chiffres élevés dans les agglomérations rurales (Maknassy 29 %, Regab 30 %).

— D'autre part, le pourcentage augmente avec l'âge, chez les sujets de plus de 50 ans, 28 % sont positifs, alors que de 15 à 20 ans, 10 % seulement sont positifs.

I. — GOUVERNORAT DE SOUSSE

D é l é g a t i o n	B.W. pratiqués	B.W. positifs	Pourcentage
Sousse	406	19	4,67 %
Monastir	176	1	0,56 %
Moknine	200	3	1,50 %
Mahdia	209	6	2,86 %
Ksour-Essaf	439	23	5,23 %
El-Djem	215	6	2,78 %
Souassi	360	11	3,05 %
Djemaï	239	0	0 %
M'Saken	218	8	3,66 %
Enfidaville	147	11	7,47 %
TOTAL	2.609	88	3,37 %

II. — GOUVERNORAT DE TUNIS ET BANLIEUE

D é l é g a t i o n	B.W. pratiqués	B.W. positifs	Pourcentage
Tunis et Banlieue	1.141	35	3,07 %
Pont du Fahs	335	28	8,37 %
Manouba	345	8	2,32 %
Tébourba	57	1	1,76 %
Zaghouan	214	9	8,86 %
TOTAL	2.091	81	3,92 %

III. — GOUVERNORAT DU KEF

D é l é g a t i o n	B.W. pratiqués	B.W. positifs	Pourcentage
Tedjarouine	242	31	12,78 %
Maktar	477	65	13,62 %
Siliana	308	17	5,51 %
Le Kef	290	25	8,62 %
Sers	180	16	8,88 %
Ebba-Ksour	234	17	7,26 %
Sakkiet Sidi Youssef	73	5	6,84 %
Kalaat Es Senam	93	1	1,07 %
TOTAL	1.897	177	9,32 %

IV. — GOUVERNORAT DE SOUK EL ARBA

Délé g a t i o n	B.W. pratiqués	B.W. positifs	Pourcentage
Souk El Arba	575	78	13,58 %
Ghardimaou	419	60	14,25 %
Souk El Khemis	335	31	9,27 %
Tabarka	183	20	10,95 %
Aïn-Draham	321	58	18,08 %
TOTAL	1.833	247	13,48 %

V. — GOUVERNORAT DE GAFSA

Délé g a t i o n	B.W. pratiqués	B.W. positifs	Pourcentage
Gafsa	56	19	8,01 %
Metlaoui	237	5	8,92 %
El-Guetar	96	5	5,20 %
Redeyef	141	15	9,92 %
Meknassi	254	73	28,73 %
Sidi Bou Zid	497	83	16,70 %
Reguab	153	21	13,69 %
Tozeur	72	1	1,25 %
Deguach	118	3	2,55 %
Nefta	73	1	1,25 %
TOTAL	1.697	226	13,25 %

VI. — GOUVERNORAT DE BIZERTE

D é l é g a t i o n	B.W. pratiqués	B.W. positifs	Pourcentage
Bizerte	346	33	9,50 %
Menzel Bourguiba	244	5	2,04 %
Ras-Djebel	188	21	11,16 %
Sedjenane	350	68	19,42 %
Mateur	340	29	8,52 %
TOTAL	1.468	156	10,59 %

VII. — GOUVERNORAT DE BEJA

D é l é g a t i o n	B.W. pratiqués	B.W. positifs	Pourcentage
Djebel Abiod	254	37	14,56 %
Bou Arada	124	11	8,86 %
Téboursouk	128	9	7,03 %
Béja	383	56	15,42 %
Amdoune	100	24	24 %
Medjez El Bab	172	8	4,63 %
Testour	127	5	3,92 %
Gafour	58	3	5,17 %
TOTAL	1.326	153	11,53 %

VIII. — GOUVERNORAT DE KAIROUAN

D é l é g a t i o n	B.W. pratiqués	B.W. positifs	Pourcentage
Hafouze	154	22	14,28 %
Ousseltia	117	8	6,78 %
Hadjeb Layoun	98	17	17,34 %
Sidi Ali B. Nasrallah	85	9	9,41 %
Kairouan	339	21	6,22 %
Sbikha	157	10	6,35 %
Sidi Amor Bouhadjla	272	20	7,35 %
TOTAL	1.222	107	8,75 %

IX. — GOUVERNORAT DE KASSERINE

D é l é g a t i o n	B.W. pratiqués	B.W. positifs	Pourcentage
Thala	471	47	9,86 %
Férianâ	131	16	12,21 %
Kasserine	114	18	15,86 %
Sbiba	221	23	10,40 %
Sbeitla	228	40	1,76 %
TOTAL	1.165	144	12,34 %

X. — GOUVERNORAT DE GROMBALIA

D é l é g a t i o n	B.W. pratiqués	B.W. positifs	Pourcentage
Nabeul	147	0	0 %
Korba	82	6	7,31 %
Hammamet	93	0	0 %
Menzel Temime	266	11	4,13 %
Soliman	231	6	2,59 %
Grombalia	160	3	1,87 %
Kélibia	165	17	10,30 %
TOTAL	1.144	43	3,75 %

XI. — GOUVERNORAT DE SFAX

D é l é g a t i o n	B.W. pratiqués	B.W. positifs	Pourcentage
Sfax-Ville	363	5	1,36 %
Menzel Chaker	40	0	0 %
Mahrès	84	7	8,33 %
Kerkennah	84	0	0 %
Mezouna	29	8	27,52 %
Bir Ali Ben Khalifa	41	0	0 %
Djebiniana	230	11	4,78 %
TOTAL	871	31	3,56 %

XII. — GOUVERNORAT DE MEDENINE

D é l é g a t i o n	B.W. pratiqués	B.W. positifs	Pourcentage
Médenine	152	2	1,31 %
Zarzis	61	0	0 %
Dhiba	49	0	0 %
Djerba	142	1	0,78 %
Bani-Kadech	42	1	2,43 %
Gomrassen	63	0	0 %
Ben Garden	110	0	0 %
Tataouine	122	1	0,76 %
TOTAL	741	5	0,67 %

XIII. — GOUVERNORAT DE GABES

D é l é g a t i o n	B.W. pratiqués	B.W. positifs	Pourcentage
Gabès	174	4	2,21 %
Métouia	47	1	2,12 %
El-Hamma	144	13	9,03 %
Kebili	143	7	4,85 %
Douz	25	0	0 %
Mereth	61	0	0 %
Matmata	73	0	0 %
TOTAL	667	25	3,75 %

XIV. — ETUDE STATISTIQUE DES EXAMENS SEROLOGIQUES
 PRATIQUES DANS LE GOUVERNORAT DE GAFSA
 EN SEPTEMBRE 1960

— 0 —

S E X E		Nombre de B.W. pratiqués	Nombre de B.W. positifs	Pourcentage
S E X E	Hommes	2.562	776	18,57 %
	Femmes	2.001	366	18,29 %
	Total	4.563	842	18,43 %
L O C A L I T E	Gafsa	1.563	190	12,15 %
	El-Guetar . . .	556	67	12,05 %
	Sidi Bou Zid	951	216	22,71 %
	Meknassi	436	128	29,35 %
	Regab	629	193	30,68 %
	Nefta	326	33	10,12 %
	Tozeur	102	15	14,70 %
A G E	15 à 20 ans . .	678	73	10,77 %
	20 à 30 ans . .	1.366	203	14,71 %
	30 à 40 ans . .	989	170	17,20 %
	40 à 50 ans . .	676	157	23,22 %
	50 ans et plus	854	239	27,98 %

COMMENTAIRES

Cette étude portant sur 26.350 B.W. pratiqués, constitue un apport statistique valable. Cependant nous avons détecté des sérologies positives, sans plus.

Il y a lieu de croire, toutefois, qu'étant donné les techniques et précautions utilisées, il s'agit, dans l'immense majorité des cas, de syphilis.

Ces chiffres montrent donc que la vieille syphilis est une maladie assez répandue et que, dans certaines régions, l'indice de morbidité atteint des chiffres inquiétants.

Cette syphilis est-elle sérologique ou se manifeste-t-elle par d'autres symptômes cutanés, viscéraux, nerveux, etc... ?

Quel est l'état clinique de ces B.W. positifs ? Quel est leur avenir ?

Une vaste enquête s'impose à ce sujet, et nous croyons savoir qu'elle sera entreprise d'ici peu de temps par les Services spécialisés du Secrétariat d'Etat à la Santé Publique.

Un autre problème se pose aussi :

Dans les régions où les taux de sérologies positives sont élevés, n'y a-t-il pas intérêt à traiter tout le monde par une seule injection d'Extencilline ou de P.A.M. ?

De toutes façons, la syphilis pose, pour notre pays, des problèmes graves et sérieux, dont peut-être le plus important, est celui de sa parfaite connaissance.

(Travail du Laboratoire de l'Hôpital Sadiki et du Laboratoire de l'Hôpital Militaire).



LABORATOIRES DEGLAUDE

15, Boulevard Pasteur, PARIS-XV*

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE

P. Cl. 2

Tonique cardiaque

SPASMOSÉDINE

P. Cl. 2

Sédatif cardiaque

en corticothérapie



médrol

6 - MÉTYL - DELTA - 1 - HYDROCORTISONE

DÉRIVÉ CORTISONIQUE NON FLUORÉ

présente le coefficient thérapeutique le plus élevé

(marge de sécurité maximum
entre effets anti-inflammatoires
et effets secondaires)

400,2

LABORATOIRES **Upjohn** 63, BD HAUSSMANN • PARIS 8^e • ANJ. 46-30

BOITE DE 90 COMPRIMÉS SÉPARABLES, DOSÉS À 4 mg DE PRINCIPE ACTIF • REMBOURSÉ S.S. P. CI. 29 • AGRÉÉ AUPRÈS DES COLLECTIVITÉS - A.M.D.

TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie, 34, Rue de Marseille — TUNIS

Sur les donneurs universels dangereux

par le Dr A. HASSANI

—o—

Le problème des donneurs universels dangereux est une notion relativement récente.

Le nombre de ces donneurs universels dangereux est très réduit selon toutes les statistiques publiées jusqu'à ce jour y compris la nôtre, néanmoins les accidents transfusionnels dûs à cette catégorie de sang présentent une certaine gravité.

Comme le dépistage de ces donneurs universels dangereux est chose aisée, rapide, susceptible d'être réalisée par tout laboratoire de moyenne importance, nous désirons attirer l'attention sur ce problème

BREF RAPPEL HISTORIQUE

AUBERT en 1942 donna à un receveur A du plasma provenant d'un sang O, il constata l'hémolyse du sang du receveur A.

Presque à la même époque, SUREAU et MONTIS assistent à un accident transfusionnel O-A avec agglutination in-vitro des hématies du receveur.

WITEBSKY dans une série de travaux échelonnés de 1941 à 1948 fait progresser l'explication de ces incompatibilités. Il découvrit ce qu'il appela l'agglutinine anti-A immune par analogie avec l'agglutinine immune anti-RH.

Les caractères de cette agglutinine sont nettement définis et la différencient largement des anticorps naturels. Elle n'est que partiellement absorbée par les substances solubles du groupe, son optimum d'activité se situe vers 37°, etc...

Ainsi donc, il s'agit de sujet du groupe O, qu'on appelle donneur universel, et qui renferme dans son sérum des agglutinines contre les autres groupes, A et B.

Les agglutinines anti-B, sont rares, voire exceptionnelles; les agglutinines anti-A, sont relativement fréquentes, et ce sont elles que tous les auteurs recherchent.

TECHNIQUE DE DEPISTAGE UTILISEE AU LABORATOIRE

La méthode utilisée est celle publiée par ANDRÉ, DREYFUS et SALMON. Elle consiste à mettre en présence ;

- 2 gouttes du sérum à tester, décomplémenté;
- 2 gouttes de complément;
- 1 goutte de globules rouges A1 à 10 % en eau physiologique.

Puis un séjour au bain-marie à 37° pendant 30 minutes.

L'hémolyse est appréciée, soit par l'examen du surnageant, soit après centrifugation. Tout sérum provoquant une hémolyse est considérée comme appartenant à un donneur universel dangereux.

Le sang de ce donneur ne peut être donné, en aucune façon, à un malade du groupe A. Par contre on peut le donner à un malade du groupe O.

CAUSES D'APPARITION DE L'AGGLUTININE ANTI-A

Les causes sont multiples, toutes les matières animales ou microbiennes contenant des substances A ainsi que certains vaccins et médications sont susceptibles de provoquer la formation de cette agglutinine anti-A immune.

De la même manière, une femme O, enceinte d'un fœtus A, peut voir se développer dans son sang cette agglutinine. Cependant hormis ce dernier cas, toutes les publications faites à ce jour concernant les donneurs universels dangereux attribuent à un acte médical (vaccination, sérothérapie, transfusion...) son apparition.

* * *

A la banque de sang de l'Hôpital Aziza Othmana, nous avons commencé la recherche systématique des donneurs universels dangereux à partir du 16 avril 1959.

Depuis cette date jusqu'au 31 octobre 1960, nous avons dépisté huit donneurs universels dangereux sur un total de 1.051 donneurs universels.

L'anamnèse est difficile à établir chez ces donneurs. Ils ignorent les noms des médicaments, confondent souvent les vaccinations, sont le plus souvent illettrés, etc... Leur âge varie de 23 à 44 ans. Quatre d'entre eux sont militaires, ils ont été vaccinés depuis moins d'un an contre la variole.

Le pourcentage de 0,76 % environ de donneurs universels dangereux que nous rencontrons est éloigné des chiffres publiés par les différents auteurs, chiffres qui oscillent de 7 % à 17 %.

Il est vrai que la vaccination anti-diphthérique ou anti-tétanique, que la sérothérapie anti-tétanique ne sont pas aussi répandues chez nous qu'en Europe.

D'un autre côté, la consommation du porc et l'utilisation des extraits désalbuminés d'estomac de porc sont plutôt rares.

S'agit-il là d'autant de raisons qui font que notre pourcentage est plus faible qu'ailleurs, et faut-il voir dans le nombre réduit d'actes médicaux subis par la moyenne de nos compatriotes, la cause de la rareté relative des donneurs universels dangereux dans notre pays.

CONCLUSION

La méthode de dépistage de donneurs universels dangereux est facile. Nous la pratiquons de manière systématique. Nous avons pu ainsi éviter huit incidents qui auraient pu être graves, voire même mortels. Nous croyons utile de pratiquer ce dépistage, d'autant que la méthode est facile et simple à réaliser.

Si, pour une raison quelconque on ne peut pratiquer ce dépistage, il ne faut transfuser que du sang isogroupe, surtout aux sujets du groupe A.

La transfusion se généralise, et de plus en plus on a tendance à faire des transfusions massives, c'est dans ce cas que les chances d'accidents se multiplient et là, en plus de ce dépistage de donneurs universels dangereux, il faut recourir nécessairement aux épreuves de compatibilité, et on évite ainsi les accidents dont la fréquence augmente et qui sont dûs aux différents sous-groupes.

Toutes les précautions qu'on peut prendre, en matière de transfusion, ne peuvent qu'augmenter sa sécurité et partant son efficacité.

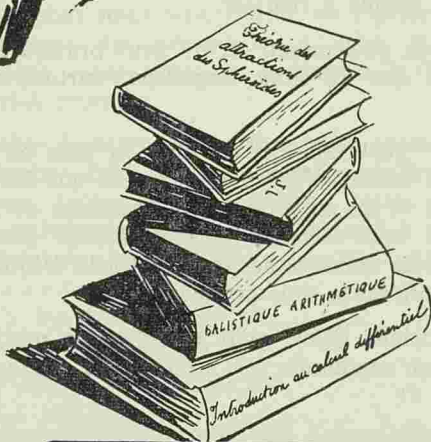
* * *

La transfusion sanguine prend un développement, de plus en plus grand en chirurgie. Cependant l'utilisation du sang en thérapeutique humaine exige une étude précise préalable afin d'éviter les accidents post-transfusionnels, en particulier les accidents hémolytiques et les accidents pyrogéniques.

Les accidents hémolytiques (1 à 5 pour 1.000 environ) sont les plus graves. Leurs causes sont variées : l'incompatibilité A B O; l'incompatibilité Rhesus; les autres incompatibilités : Kell, Duffy, Cellano, etc...; les sous-groupes A, les donneurs et receveurs dangereux et enfin les donneurs universels dangereux dont notre confrère HASSANI a bien voulu nous entretenir.

(Travail du Centre de Transfusion de l'Hôpital Sadiki).

" REND TOUT EFFORT FACILE "



**NÉVROSTHÉNINE
GLYCOCOLLE
FREYSSINGE**

boîte de 10 ampoules
coffret de 20 ampoules



LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL - PARIS (12^e)

Réflexions sur l'organisation et la marche d'un service psychiatrique

par les Drs Lucien LÉVY et Théo MAAREK

— 0 —

L'organisation de l'Hôpital Razi a été radicalement transformée le 17 juillet 1959. D'hôpital dirigé par un médecin directeur, chef de l'administration et médecin-chef de l'hôpital considéré comme un tout, il est devenu hôpital classique, c'est-à-dire géré administrativement par un directeur administratif et comprenant quatre services médicaux ayant à leur tête un médecin chef.

Il nous a paru intéressant de suivre l'évolution d'un service, le service D, depuis cette date, pour en tirer quelques réflexions.

Le service D comprend à sa création :

deux pavillons d'hommes : Pinel - Ibn Khaldoun;

deux pavillons de femmes : Skolli et Aziza Othmana;

d'une capacité théorique maximum de 240 lits et d'un effectif réel au 17 juillet 1959 de 362 malades.

Le surencombrement est tel qu'il était de notoriété publique qu'à Pinel par exemple, les paillasses étaient tellement rapprochées la nuit que les malades ne pouvaient bouger.

Les entrées, égales pour les quatre services, selon une règle établie à la création des services, se font par l'intermédiaire de la consultation du service qui joue également le rôle de post-cure pour les malades sortants. Cette consultation a lieu à l'Hôpital Charles Nicolle, situé en pleine ville.

Le rythme des entrées est important puisque pendant la période s'étendant de juillet 1959 à décembre 1960, il y eut 1.335 admissions dans le service D sur 2.518 malades passés par sa consultation.

Le problème était donc d'aménager le service pour acquérir un rythme de traitement au moins égal au rythme des entrées, et cela ne pouvait se concevoir avec un tel taux d'encombrement. Il fallut donc désencombrer le service pour obtenir un taux d'habitabilité permettant un traitement réel et partant plus rapide. L'organisation médicale du service fut la première tâche à entreprendre.

Concurremment à une réadaptation du personnel infirmier, qui du fait des conditions matérielles antérieures ne pouvait jouer que le rôle de gardien, réadaptation opérée à l'aide de cours et d'enseignement pratique, une réorganisation du travail thérapeutique a dû être entreprise.

Une première contradiction apparaît d'emblée entre la structure collective de l'institution, moyen de traitement, et la finalité indivi-

duelle de la cure et, de suite, le danger essentiel apparaît : traiter l'institution non comme un moyen, mais comme une fin en soi.

L'institution quelle qu'elle soit est aliénante, comment faire pour qu'elle soit disponible pour chacun en particulier ? Les solutions sont variées, nous ne signalerons celles adoptées dans le service qu'à titre d'exemples.

Le malade entrant dans le service est « accueilli » à plusieurs échelons.

Il est d'abord accueilli par le surveillant et le chef de pavillon qui dédramatisent l'entrée dans un service psychiatrique. Le cadre est situé dans l'espace, les présentations faites entre ceux qui vont traiter et celui qui va être traité.

Puis l'entrant est à nouveau accueilli par le chef de groupe où il va être affecté et une fiche d'accueil est établie.

Enfin, l'arrivant est accueilli dans son groupe de malades par les autres malades du groupe.

Cet accueil procure à l'entrant un sentiment bienfaisant de sécurité, de confiance et surtout, ce sentiment qu'il va être personnellement traité et non qu'il est jeté comme un membre de plus dans un troupeau.

L'accueil médical par le médecin est pratiqué au plus tard le lendemain et la thérapeutique entreprise dès cet instant.

Ainsi dès son arrivée non seulement le malade commence son traitement et par là prépare sa guérison, mais encore il ne subit pas ces longues attentes stériles où le malade a la sensation d'avoir été placé là et oublié.

L'accueil par la radio se fera une fois par semaine lors de l'émission du pavillon, mais déjà le malade est pris en main, son cadre de vie bien délimité et appréhendé.

Il va subir des traitements médicamenteux, mais également va participer à la vie de son groupe, de son pavillon, du service. Il va participer aux jeux, aux fêtes, au travail thérapeutique.

La vie du service est une vie de groupe. Les malades sont séparés en groupes de 3 à 12 malades, dirigés par un infirmier qui en a la charge. C'est lui qui veille à la prise des médicaments, aux repas, aux jeux, au travail.

La thérapeutique de groupe est la pierre angulaire de toute la thérapeutique du service.

Groupe restreint pour la thérapeutique et les activités habituelles, groupe du pavillon plus important où la vie collective est organisée, communauté du service enfin intégrée par les fêtes du service, par les émissions de radio, l'organisation des matchs et des pièces de théâtre.

Cette intégration progressivement plus importante va permettre à la sociabilité du malade de s'étendre petit à petit jusqu'à atteindre

Dualité d'action
Diversité de présentations
Pluralité d'indications

Chéralène

(alimémazine - 6549 R. P.)

antihistaminique - neurostatique

PRÉSENTATIONS

Boîte de 5 ampoules dosées à 25 mg d'alimémazine
Boîte de 50 comprimés dosés à 5 mg d'alimémazine
Flacon de 150 cm³ de sirop dosé à 0,5 mg/cm³ d'alimémazine
Flacon de 30 cm³ de solution dosée à 1 mg d'alimémazine par goutte
Boîte de 10 suppositoires dosés à 20 mg d'alimémazine

Remboursés par la Sécurité Sociale - A.M.G. - Prix classes 4-2-3-5-2

INDICATIONS

Affections prurigineuses
Asthme, accidents allergiques
Toux et dyspnées
Préparation à la bronchoscopie
Algies zostériennes, lombalgies
Maladie de Parkinson (adjuvant de l'Artane)
Insomnies, névroses légères
Dystonies neuro-végétatives

POSOLOGIE MOYENNE

Chez l'adulte : 5 à 30 mg, et plus, par jour
Chez l'enfant : 0,75 à 1 mg par kilo de poids et par jour

**THÉRAPLIX**

98, rue de Sèvres - Paris 7^e Tél. : SÉGur 13-10

androtardyl

(œnanthate de testostérone)

ANABOLISANT EUPHORISANT
TONIFIANT DYNAMOGÈNE

s' impose en

MÉDECINE GÉNÉRALE
GÉRIÂTRIE
CARDIOLOGIE
PNEUMO-PHTISIOLOGIE
UROLOGIE
GYNÉCOLOGIE
HÉPATOLOGIE
CHIRURGIE
NEURO-PSYCHIÂTRIE
CANCEROLOGIE
CORTICO-THÉRAPIE

Ampoules de 1 cc à 50-100-250 mg
1 injection i.m. par mois

Littérature et échantillons :

SOCIÉTÉ D'EXPLOITATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPÉCIALISÉS

13, rue Miollis — PARIS (XV^e) — SUffren 54-94

un stade suffisant pour permettre les sorties familiales de week-end d'abord, puis de plus en plus longues avant la sortie définitive. Cette consolidation dans la vie sociale sera surveillée et guidée par la post-cure du service.

Cette évolution n'a pu se faire qu'à l'aide de plusieurs facteurs :

— D'abord abolition de tout moyen de contention non seulement individuel, mais collectif. Ainsi tous les pavillons sont « portes ouvertes » depuis septembre 1959.

— Gratuité des traitements ambulatoires délivrés au dispensaire proche du domicile sur ordonnance délivrée à la sortie du malade.

— Réquisition gratuite non seulement pour les déplacements du malade lors de sa sortie ou pour les consultations de post-cure, mais également pour les membres de sa famille lors des visites à l'hôpital ou pour l'enquête sociale.

— Enfin, désencombrement du service. L'organisation aidant, comme on le voit sur le tableau ci-contre, la chute des effectifs est tout de suite apparente. Ce désencombrement dû en partie à la réorganisation va lui-même permettre une meilleure adaptation de l'organisation.

TABLEAU I
STATISTIQUES DU « SERVICE D » DEPUIS SA CREATION,
C'EST-A-DIRE DEPUIS LE 17 JUILLET 1959

D A T E S	Effectifs	ENTREES		SORTIES	
			TOTAL		TOTAL
du 17 au 31 juillet 1959 ..	362	52		60	
du 1 ^{er} au 31 août 1959 ..	354	50		87	
			102		147
du 1 ^{er} au 30 sept. 1959 ..	317	47		118	
			149		265
du 1 ^{er} au 31 octobre 1959	246	64		194	
			213		369
du 1 ^{er} au 30 nov. 1959 ..	206	45		73	
			258		442
du 1 ^{er} au 31 déc. 1959 ..	178	76		96	
			354		538
du 1 ^{er} au 31 janvier 1960	158	75		77	
			409		615

D A T E S	Effectifs	ENTREES		SORTIES	
			TOTAL		TOTAL
du 1 ^{er} au 29 février 1960	156	70		75	
			479		690
du 1 ^{er} au 31 mars 1960 ..	151	70		59	
			549		749
du 1 ^{er} au 30 avril 1960 ..	162	58		72	
			607		821
du 1 ^{er} au 31 mai 1960 ..	148	81		76	
			688		897
du 1 ^{er} au 30 juin 1960 ..	153	74		68	
			762		965
du 1 ^{er} au 31 juillet 1960 ..	159	90		74	
			852		1.039
du 1 ^{er} au 31 août 1960 ..	175	122		147	
			974		1.186
du 1 ^{er} au 30 sept. 1960 ..	160	89		90	
			1.063		1.276
du 1 ^{er} au 31 oct. 1960 ..	159	94		103	
			1.157		1.379
du 1 ^{er} au 30 nov. 1960 ..	150	86		86	
			1.243		1.465
du 1 ^{er} au 31 déc. 1960 ..	150	92		89	
			1.335		1.554
du 1 ^{er} au 31 janvier 1961	153	88		99	
			1.423		1.653
du 1 ^{er} au 28 février 1961	142	95		71	
			1518		1.724
du 1 ^{er} au 31 mars 1961 ..	166				

Sur les 1.335 entrants diverses affections psychiatriques et neurologiques ont pu être ainsi classées dans le tableau II :

TABLEAU II

	Hommes	Femmes	Total
Schizophrénie	225	40	265
Hébéphrénie	53	6	59
Mélancolie	30	36	66
Manie	55	40	95
Dépression	38	31	69
Agitation	33	22	55
Délire	58	23	81
Confusion	62	17	79
Hystérie	111	65	176
Psychose puerpérale . . .	—	28	28
Névroses diverses	60	23	83
Arriération — Débilité . .	37	5	42
Démence	90	21	111
Troubles du comportement	13	5	18
Troubles d'épuisement . . .	20	18	38
Epilepsie	126	28	154
Troubles caractériels . . .	32	8	40
P. G.	12	—	12
Ramollissement	5	4	9
T. C.	2	5	7

Sur les 1.554 sorties effectuées du 17 juillet 1959 au 31 décembre 1960, il n'y a eu que 159 retours à l'hôpital c'est-à-dire moins de 10 % en un an et demi, ce qui est le taux habituel signalé dans les publications de l'OMS. Nous devons revenir sur cette notion de rechutes, car pour certaines affections nous pensons que les retours à l'hôpital, loin de constituer un pas en arrière viennent s'intégrer dans le traitement des malades ayant des difficultés à se réinsérer dans la société et qui ont besoin d'appréhender la vie sociale normale en plusieurs étapes.

CONCLUSIONS.

L'évolution du service D vient confirmer le fait que le mouvement d'un service, c'est-à-dire le taux des sorties par rapport à l'effectif habituel est d'autant plus grand que le taux d'encombrement est bas, que le personnel est nombreux. Un mouvement rapide et par là une durée de séjour restreinte permet au malade et à sa famille de ne pas couper les liens qu'ils ont entre eux, et permettra au malade de se réinsérer plus rapidement et par là de reprendre un travail et une vie sociale plus active.

(Service D, Hôpital Razi, La Manouba).



ALEPSAL

MISE AU ZÉRO
CORTICO-SOMATIQUE

Simple, sur, sans danger

3 DOSAGES

10 cg. CONVULSIONS
5 cg. SPASMES
1 cg. 1/2 DYSTONIES

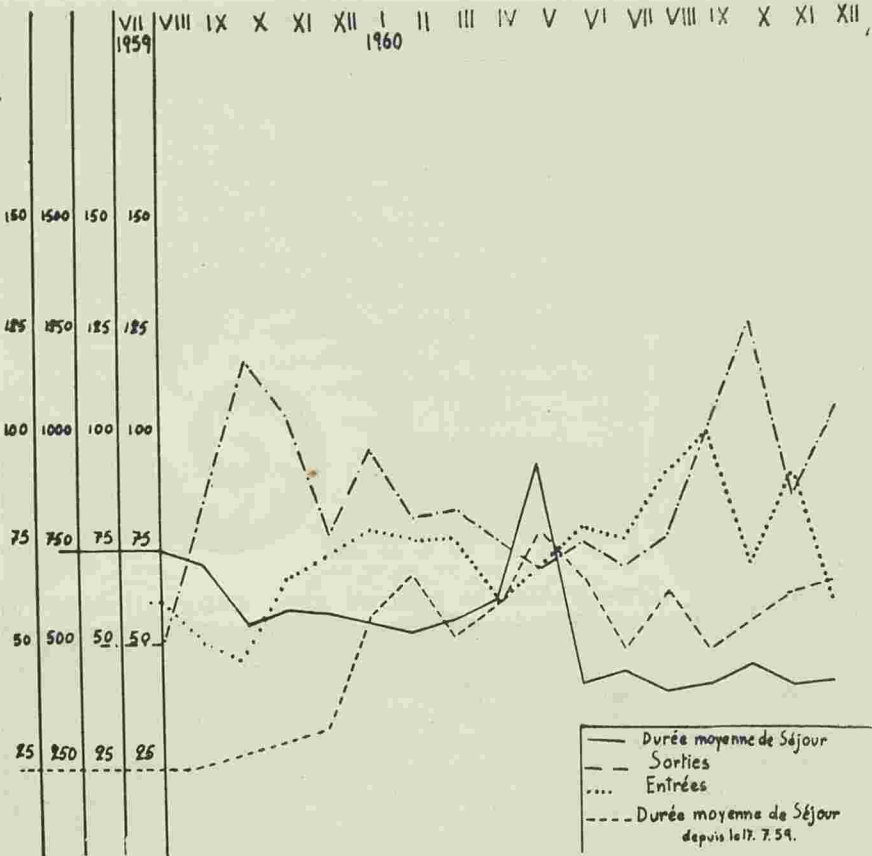
COMPRIMÉS et SUPPOSITOIRES
PHÉNOBARBITAL "CORRIGÉ" PAR
BELLADONE STABILISÉE (Feuille)
Contre les manifestations secondaires Parasymphatiques.

CAFÉINE Eupnéique et Analeptique Cardio-Hépat-Rénal
à dose faible permettant une tolérance encore accrue.

LABORATOIRES GÉNÉVRIER — 45, RUE M. MICHELIS — NEUILLY-PARIS

REMBOURSÉ S. S.
P. classe I

Enfin, nous avons remis dans un graphique, les courbes d'entrées et sorties avec la durée moyenne de séjour :



Une vraie solution de Corticostéroïde...

Solucort

21 PHOSPHATE DE DELTA-HYDRO-CORTISONE + BENZODODECINIUM

ALLERGIE NASALE

ASTHME (AEROSOLS)

ALLERGIE OCULAIRE

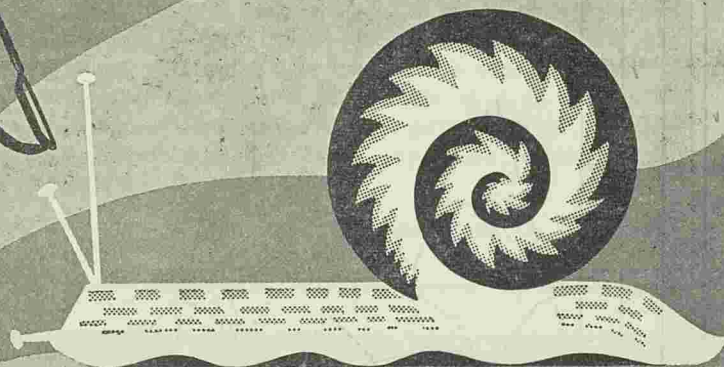
LABORATOIRES

CHIBRET

CLERMONT-FP • PARIS



HYPERSENSIBILITÉ MENTALE



COVATINE

(N 68)

DÉCONTRARIANT

**REPLACE LES ÉVÈNEMENTS
DANS LEUR JUSTE PERSPECTIVE**

50 dragées à 0,05 g - Prix cl. 4

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

004 B

LABORATOIRES A. BAILLY - 6, RUE DU ROCHER - PARIS 8^e

L'Accueil en Psychiatrie

Le rôle de la Radio du Service

par le Dr Lucien LÉVY

L'humanisation de l'hôpital s'inscrit dans l'évolution et arrive maintenant à un degré de maturité tel que chacun se penche sur ce problème, en trouve la solution, l'application. Cette humanisation se pratique depuis quelques années dans les hôpitaux psychiatriques et déjà dans quelques services des hôpitaux généraux.

On connaît la création des hôtesses d'hôpitaux, on sait la présence de psychologues hôtesses de service dans les hôpitaux psychiatriques. L'accueil du malade à l'hôpital, dans le service, participe à cette humanisation.

Il est légitime que les psychiatres se penchent d'abord sur ce problème. En effet, en psychiatrie, il s'agit d'une question importante et qui va conditionner toute la marche du service, toute la thérapeutique.

Que le malade, déjà étranger au monde qui le rejette, entre à l'hôpital psychiatrique, sa crainte, son désarroi s'en accentuent d'autant. Il n'est que de voir les réactions des malades et de leur famille dès qu'une proposition d'hospitalisation est avancée. Il y a donc une première mesure thérapeutique à appliquer dès l'entrée du malade : lever sa crainte, l'intégrer dans la communauté thérapeutique. Un meilleur traitement et par là une hospitalisation moins longue en seront les conséquences.

Cet accueil du malade est maintenant appliqué partout dans le monde en psychiatrie et souvent dans les hôpitaux généraux.

Nous voulons illustrer cet accueil par la pratique quotidienne du service.

* * *

Le malade entre à l'hôpital, soit de son plein gré, soit amené par sa famille ou même les autorités de police, quelquefois libre, mais inquiet, quelquefois garroté, entravé.

A son entrée il est libéré de ses liens s'ils existent et est reçu dans son pavillon par le chef de pavillon qui l'accueille. Cette première prise de contact est essentielle. Elle se doit de dédramatiser l'admission. Dans ce rôle un relent de paternalisme peut apparaître, mais ce qui domine est la fraternité, l'atmosphère bienveillante. Le chef de pavillon se borne à présenter l'hôpital, à familiariser le malade avec le service;

le nom du pavillon, de l'administrateur, sont prononcés de façon à situer le cadre thérapeutique au sein de l'hôpital, l'hôpital dans la ville. La tradition de salutation, de bienvenue, de réception facilite la tâche du chef de pavillon et dans ces entretiens le malade retrouve les pratiques et politesses de la vie courante.

Puis le chef de pavillon, après la visite du pavillon, va présenter le nouveau venu au chef de groupe, qui va le prendre en charge.

Le chef d'un groupe de 8 à 12 malades, un infirmier qui en a la charge au point de vue thérapeutique médicamenteuse, ergothérapie de groupe, reçoit le malade. Cette réception est déjà plus médicale. Une biographie complète du malade est alors demandée, une interrogation sommaire sur les maladies antérieures, le début de ses troubles, sa situation familiale, les antécédents familiaux est pratiquée et inscrite sur une fiche.

Cet interrogatoire est pratiqué en particulier. Ce n'est qu'ensuite que le malade est présenté au groupe et que le groupe lui est présenté.

Dès son entrée, ou au plus tard le lendemain, le malade est présenté au médecin, qui complète l'interrogatoire médical, pose un diagnostic, institue une thérapeutique qui est mise en train dès ce moment. Mais déjà le malade est intégré à son groupe, qu'il connaît, avec qui il a déjà discuté de la vie habituelle du pavillon.

La situation du nouveau malade est en 24 heures, au maximum, une situation intégrée, dédramatisée, confiante.

Cette évolution se fait en dehors de toute thérapeutique médicamenteuse et l'on voit tel malade « agité », « maniaque », arrivé entravé le plus souvent, commencer à avoir un comportement social plus valable, l'agitation disparaître presque complètement dès son entrée dans le pavillon. Cela conditionne d'autant les thérapeutiques à instituer, cela explique, en dehors de tout médicament, l'abandon des moyens physiques de contention.

Depuis 1960, une fois par semaine, a lieu l'émission du pavillon à la radio du service.

Cette émission quotidienne dans le service va se dérouler selon un même programme.

Les émissions durent de deux heures à deux heures et demie et comprennent :

- 1° Accueil des nouveaux entrants;
- 2° Interview des sortants;
- 3° Programme libre par pavillon (contes, chants, pièces de théâtre, etc...);
- 4° Contes et nouvelles,

En effet, en début d'émission, les nouveaux entrants de la semaine sont accueillis au micro. Alors que jusqu'à présent l'accueil était pratiqué en particulier, ici l'accueil se fait :

- d'une part en la présence physique du groupe du malade interrogé;
- d'autre part par l'intermédiaire de la radio devant l'ensemble du service.

Cette méthode vise un double but :

- d'une part elle accentue la psychothérapie de groupe, l'intégration au groupe. Le groupe du malade, connaissant mieux chacun de ses membres, discutant avec lui sur le début de ses troubles, leurs causes, l'intègre mieux en son sein;
- d'autre part elle participe d'une psychothérapie collective. Tel malade déjà en traitement pourra s'identifier au nouvel arrivant, juger de son évolution propre depuis son entrée dans le service, discuter de la similitude ou non de son propre cas avec celui de l'interviewé. Il se sentira moins seul, moins cas unique... En bref, cela lui fera reprendre confiance en lui-même et surtout le fera sortir de son isolement maladif.

C'est ce même principe qui régit l'interview des malades sortants.

Les sortants de la semaine sont interviewés à la radio. On leur demande de se souvenir de leurs troubles à l'entrée et de décrire leur situation présente, de juger maintenant celle de leur arrivée. Enfin, une critique de la marche du service est faite par les sortants.

Par ce fait, les malades encore en traitement participent au mouvement du service, touchent du doigt une vérité : le malade mental peut être équilibré, quelquefois guéri; et surtout l'hospitalisation n'est pas la mise en Bastille et l'oubli.

L'accueil du malade joue en psychiatrie un rôle important, la radio en précisant la psychothérapie de groupe vient encore ouvrir des voies thérapeutiques. Nous aurons l'occasion de revenir sur l'intérêt des émissions du service, mais déjà par l'accueil, également par la préparation d'émissions au sein du pavillon, par les contes qui reprennent la tradition orale des « Fdaouis », les émissions du service jouent un rôle psychothérapique au moins aussi important que l'ergothérapie.

(Service D, Hôpital Razi, La Manouba).

Infections Rhino-Sinusiennes

ADULTES

BENZO DODECINIUM

0,25%

ENFANTS

PROPIONATE de SODIUM

2,50%

GOUTTES O.R.L. EN NEBULISEUR

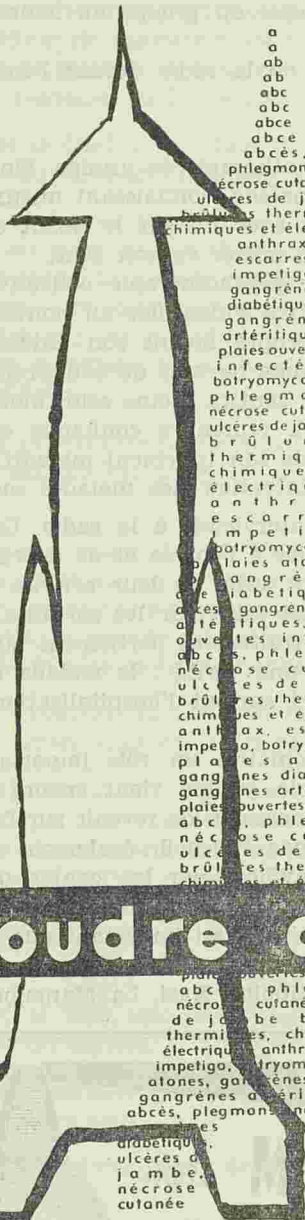
LABORATOIRES **CHIBRET**

CLERMONT-F^D

PARIS



... d'usage de ces nouvelles...
... pour les plaies...
... de la plaie...



a
ab
abc
abc
abc
abc
abc
abcés,
phlegmons,
nécrose cutanée, ulcères de jambe,
brûlures thermiques,
chimiques et électriques,
anthrax,
escarres,
impetigo,
gangrènes
diabétiques,
gangrènes
artérielles,
plaies ouvertes
infectées,
bactériomycose,
phlegmons,
nécrose cutanée,
ulcères de jambe,
brûlures
thermiques
chimiques et
électriques,
anthrax,
escarres,
impetigo,
bactériomycose, a
plaies atones, ab
gangrènes abc
diabétiques, abc
escarres, abcés
artérielles, plaies
ouvertes infectées,
abcés, phlegmons,
nécrose cutanée,
ulcères de jambe,
brûlures thermiques,
chimiques et électriques,
anthrax, escarres,
impetigo, bactériomycose,
plaies atones,
gangrènes diabétiques,
gangrènes artérielles,
plaies ouvertes infectées,
abcés, phlegmons,
nécrose cutanée,
ulcères de jambe,
brûlures thermiques,
chimiques et électriques,

le
détergent
SÉLECTIF
des plaies
infectées

Boîte: 1 g de Poudre de Trypsine
(conditionnement spécial pour pulvérisations)
S.S. A.M.G. COLL A.P. (540 frs)

Poudre de trypsine

plaies ouvertes infectées,
abcés, phlegmons,
nécrose cutanée, ulcères
de jambe brûlures
thermiques, chimiques et
électriques, anthrax, escarres,
impetigo, bactériomycose, plaies
atones, gangrènes diabétiques,
gangrènes artérielles, plaies
abcés, phlegmons, nécrose cutanée,
ulcères de jambe,
brûlures thermiques,
chimiques et électriques,

LABORATOIRE  Paris (16^e)
48, Av. Th. Gautier

TUNISIE : Agence Pharmaceutique Française, 8, Passage du 7 Mai - TUNIS

Publicitas

Une Observation de Pachydermopériostose (Maladie de Touraine)

par les Drs Henri COHEN, Roger-Charles TIBI, Elie DARMOUNI

— 0 —

La Pachydermopériostose étant une maladie rare (50 observations publiées) nous avons jugé intéressant de vous présenter un cas.

M. Ben A..., âgé de 20 ans, nous a été envoyé par le Dr DARMOUNI, de Kairouan, pour un syndrome osseux curieux apparu depuis un an environ ayant entraîné, d'une part une augmentation de volume des membres, surtout dans leur segment distal; d'autre part, des douleurs diffuses à ce niveau, douleurs progressivement aggravées entraînant une certaine difficulté de la marche; le malade s'aide aujourd'hui d'une canne.

A l'examen clinique on est en présence d'un sujet robuste, sans aucun signe d'infantilisme ni chétivisme. On est frappé par l'augmentation de volume manifeste des avant-bras, des poignets et des pieds, et par un hippocratisme digital des mains et des pieds (fig. 1 et 2).

Devant ce syndrome, des radiographies osseuses sont pratiquées :

1° **Du thorax** : pour éliminer le diagnostic immédiatement soulevé d'ostéopathie hypertrophiante d'origine pneumique de Pierre Marie.

En effet, la radiographie est strictement normale (fig. 3) : pas de bronchopathie chronique, pas de tumeur intrathoracique.

2° **Des os** : qui révèlent une augmentation de volume des os, surtout au niveau des diaphyses, augmentation faite par une néoformation osseuse sous périostée engainant l'os ancien, mais il n'existe aucune démarcation nette et l'os paraît élargi avec cet aspect massif, et mal dégrossi.

Il n'y a pas d'ostéoporose, ni d'image de décalcification; le canal médullaire est visible (fig. 4, 5 et 6).

La topographie des lésions est distale, avec atteinte nette au niveau des cubitus, radius, tibias, péronés, fémurs, des métatarses, des métacarpes, alors que le bassin, les clavicules, les vertèbres, les côtes sont indemnes.

A noter un léger épaissement de la base du crâne et un léontiasis osséa.

Les examens biologiques sont normaux.

V. S. = 12 — Calcémie : 94 mg. Phosphore : 42 mg. Phosphatases alcalines : 3,6 u acides; 28 u berger.

Le Kahn est — le Meinicke + +.

La bronchoscopie (Dr ZAÏMI) est normale.

En résumé, nous sommes en présence d'un sujet de 30 ans du sexe masculin qui présente depuis un an un syndrome osseux à type d'ostéopathie périostotique à topographie particulière avec déformation hippocratique nette des mains et des pieds, syndrome qu'il fallait classer du point de vue nosologique.

Un premier syndrome soulevé est le syndrome de Pierre Marie (ostéopathie hypertrophiante pneumique), mais l'absence de lésions thoraciques, l'aspect radiologique osseux des mains, la réaction sous-périostée ne formant pas de gaine périosteuse distincte de l'os sous-jacent et l'absence d'ostéoporose, nous permettent de rejeter ce diagnostic.

Au point de vue osseux pur, cet aspect des os longs de l'avant-bras et des tibias aurait pu évoquer le syndrome d'Engelman, mais ce syndrome est surtout observé dans l'enfance, et on n'y constate aucune atteinte des mains et des pieds.

Nos recherches bibliographiques nous amènent alors à considérer le diagnostic de Pachydermopériostose, maladie rare, décrite par TOURAINE en 1930 qui associe le syndrome acromélique comparable à celui de Pierre Marie avec un syndrome cutané fait d'épaississement des plis cutanés.

En réexaminant le malade, nous constatons en effet qu'il présente une Pachydermie plicaturée du front qui entraîne cet air soucieux, triste. Il existe sur le front trois sillons profonds, verticaux, limitant de gros bourrelets permanents ne disparaissant pas même au repos, et la peau à ce niveau est épaisse (fig. 7).

En plus, la peau est séborrhéique, luisante, et il existe une saillie des pommettes traduisant cliniquement le léontiasis osséa.

La biopsie osseuse vient confirmer le diagnostic (Dr ZÉRAH) : Les différents fragments biopsiés et envoyés à l'examen sont constitués par des travées osseuses nettement hyperplasiques, très épaisses, délimitant des canaux de Havres de taille réduite. L'épaississement de ces travées est dû à de vastes plages chondroïdes que l'on retrouve au sein des travées. Les fragments de périoste prélevés sont également hyperplasiques et hypertrophiques. On ne note aucun caractère histologique de malignité ni de spécificité.

En résumé, syndrome d'ostéopériostose diaphysaire à topographie distale, avec hippocratisme digital et syndrome cutané dont le seul diagnostic différentiel ne se pose qu'avec l'ostéopathie hypertrophiante pneumatique de Pierre Marie.

D'ailleurs, le Dr LIÈVRE fait remarquer que plusieurs observations sur lesquelles s'est fondé Pierre Marie pour décrire son ostéopathie hypertrophiante, appartiennent en fait, à la page pachydermopériostose.

— 0 —

Ed. de CARQUOIS

Le pansement de marche

ULCÉOPLAQUE

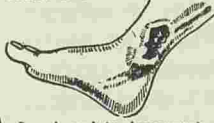
du Docteur Maury

CICATRISÉ

ULCÉOPLAQUE

2 DIMENSIONS :

ULCÉOPLAQUE N° 1 5×6 cm.
ULCÉOPLAQUE N° 2 7×9 cm.



Dans chaque boîte : 6 pansements
Pour 20 à 24 jours de traitement

- PLAIES ATONES
- ESCARRES
- ULCÈRES VARIQUEUX

Évite les inconvénients des corps gras.
Favorise la diapédèse et la leucocytose.
Provoque une prolifération rapide des bourgeons charnus.

ULCÉOPLAQUE utilisé avec la bande souple **ULCÉOBANDE**
permet la cicatrisation sans interrompre ni le travail ni la marche.

LABORATOIRE SÉVIGNÉ - R. MAURY. Ph. 76, r. des Rondeaux - PARIS

LES VITA-COLLYRES

Collyres à Tonicité et pH Physiologiques

VITASEPTINE - HYDROCORTISONE	P. Cl. 4		
VITA. IODUROL - TRIPHOSADENINE	P. Cl. 2		
VITASEPTINE CUPRIQUE	P. Cl. 2		
VITATROPINE 0,50 et 1 %	P. Cl. 2	VITASEDINE	P. Cl. 1
VITA. IODUROL	P. Cl. 1	VITABLEU	P. Cl. 1
VITASEPTINE	P. Cl. 2	VITAZINC	P. Cl. 1
VITACHROMOL	P. Cl. 1	VERT-SULFO J 1 %	P. Cl. 1
VITACARPINE 1 et 2 %	P. Cl. 2		

EFFICACITE MAXIMUM TOLERANCE PARFAITE APPLICATION INDOLORE

“ Remboursables par la Sécurité Sociale ”

S.A. LABORATOIRES H. FAURE

ANNONAY (Ardèche) — FRANCE

OXYPHYLLINE

Oxy - Ethyl - Théophylline

NOUVEAU DÉRIVÉ SOLUBLE DE LA THÉOPHYLLINE
PLUS ACTIF MIEUX TOLÉRÉ

ASTHME - EMPHYSEME
DYSPNÉES SPASMODIQUES
ANGINE DE POITRINE
INSUFFISANCE CARDIAQUE
INSUFFISANCE RÉNALE

Dragées à 0 gr. 10 : 4 à 6 par jour - Suppositoires à 0 gr. 35 : 1 à 2

Ampoules à 0 gr. 25 pour injection IM ou IV et pour aérosols.

LABORATOIRE AMIDO — 4, PLACE DES VOSGES — PARIS 4^e

Sur la Chirurgie Plastique de l'Uretère dans la Tuberculose Rénale

par le Dr E. COHEN,

—o—

chirurgien urologue, chef de Service à l'Hôpital E. Conseil

La tuberculose rénale authentique est rare en Tunisie. Trop d'affections étiquetées abusivement comme telles, le sont faute des critères biologiques les plus élémentaires.

L'intérêt de l'observation que nous vous présentons, est de montrer comment nous pouvons aujourd'hui, grâce à la thérapeutique médicale et à la chirurgie plastique, traiter et même guérir totalement un rein tuberculeux autrefois voué au sacrifice total.

Chez M. Ed. U..., 20 ans, c'est par la cystite classique que l'attention fut attirée voici deux ans; cystite dont le caractère rebelle à l'antibiothérapie classique amena à envisager l'éventualité tuberculeuse et déclencha le processus des examens :

— **Biologiques** : découverte du B.K. dans les urines, qui reste le critère fondamental de la maladie.

— **Radiologiques** : l'urographie localisant la lésion au rein gauche sous forme d'une petite caverne appendue à un calice.

L'état général était bon, pas de lésions génitales basses associées, le rein opposé est normal. A noter une pleurésie dans les antécédants.

Un traitement médical est institué pour trois mois, dans sa forme classique : P.A.S. intraveineux, streptomycine, rimifon.

Des contrôles cyto-bactériologiques répétés montrent la diminution progressive, puis la disparition totale du B.K., tandis que le poids augmente et que l'état général s'améliore. Le traitement est continué sous forme de P.A.S. et de rimifon per os.

Mais à l'urographie de contrôle pratiquée six mois après, on a la surprise de voir se développer une hydronéphrose du rein malade, avec retard de sécrétion et images en boules. La pyélographie, tout en confirmant la distension, en précise la cause : rétrécissement de l'extrémité inférieure de l'uretère.

L'apparition de rétrécissements avec hydronéphrose secondaire en cours de traitement médical de la tuberculose rénale, aujourd'hui classique, est une notion relativement récente. Avant l'ère médicale, le processus ulcéro-caséeux spécifique dominait, creusant le rein de géodes destructrices.

Depuis, s'est substitué un processus de sclérose intense, témoin de la cicatrisation par isolement des zones pathologiques. Mais cette sclérose peut, dans certains cas, manquer son but, voici comment :

La tuberculose uro-génitale existe à tous les étages : rénal, urétéral, vésical, génital. Dans l'uretère c'est la partie terminale qui constitue la zone d'élection. La cicatrisation de ces lésions conduira fatalement à une diminution de calibre, selon la loi qui veut que tout conduit circulaire cicatrise en diminuant de calibre. Nous aboutissant au paradoxe de voir un traitement dépasser son but, guérir un rein de sa tuberculose en même temps qu'il tend à le détruire par le processus purement mécanique de l'hydronéphrose.

Lever l'obstacle en reséquant la zone rétrécie, libérer la voie d'évacuation du rein apparaît actuellement comme un complément souvent indispensable au traitement médical moderne.

D'où la naissance de toute une chirurgie plastique dans une affection où l'ablation du rein résumait autrefois toute thérapeutique.

De quelles techniques disposons-nous :

— Rarement il s'agira de rétrécissements de la jonction pyélo-urétérale ou de l'uretère lombaire.

Ici résection du segment rétréci et rétablissement bout à bout demeurent la seule conduite valable.

— Habituellement, le ou les rétrécissements occupent la partie terminale de l'uretère :

- quand la portion pathologique à sacrifier dépasse 3 cm, on utilise l'opération dite de Boari : un lambeau quadrilatère est taillé aux dépens de la vessie, tubulé et raccordé à l'uretère sain;
- quand elle est égale ou inférieure à 3 cm, on utilise l'opération dite de Puigvert.

C'est ce type d'intervention qui fut utilisé dans notre observation. En voici le protocole :

Médiane sous-ombilicale. La vessie est ouverte et largement exposée. Après introduction d'une fine sonde de repérage dans l'orifice gauche urétéral, une incision circulaire est pratiquée autour de cet orifice prenant muqueuse et musculature vésicales. Le méat et l'uretère lui faisant suite sont disséqués et attirés à l'intérieur de la vessie jusqu'à concurrence de 3 cm. Après section, le néo-orifice est attiré et suturé à la vessie par une série de points.

Il s'avéra que la sclérose urétérale s'étendait bien au-dessus du segment sacrifié. Il est à noter combien est difficile à apprécier, radio-logiquement, l'étendue exacte de la zone pathologique.



FIG. 1

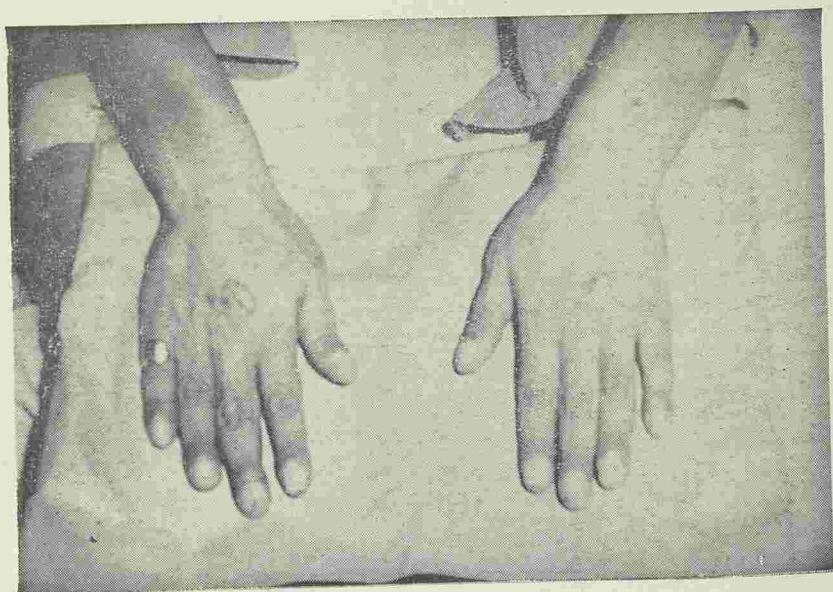


FIG. 2

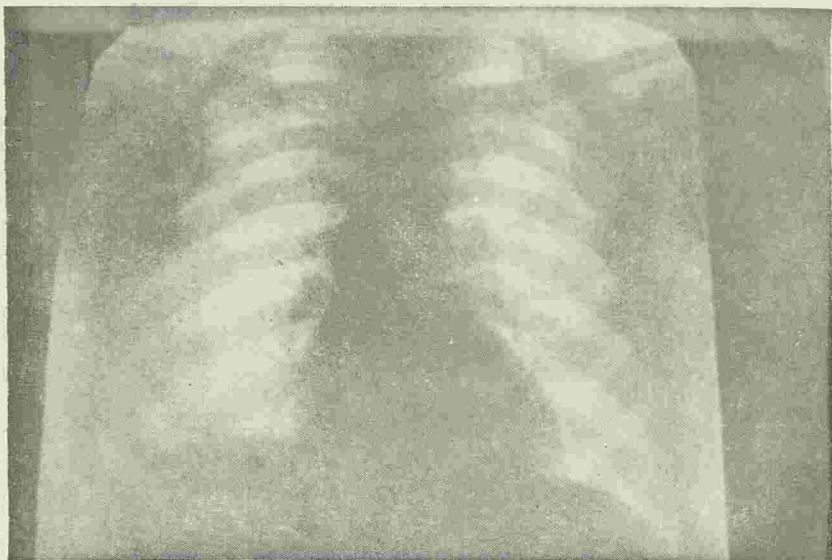


FIG. 3

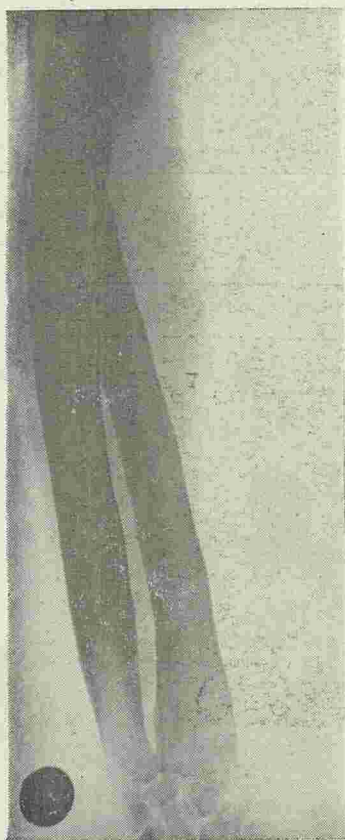


FIG. 4

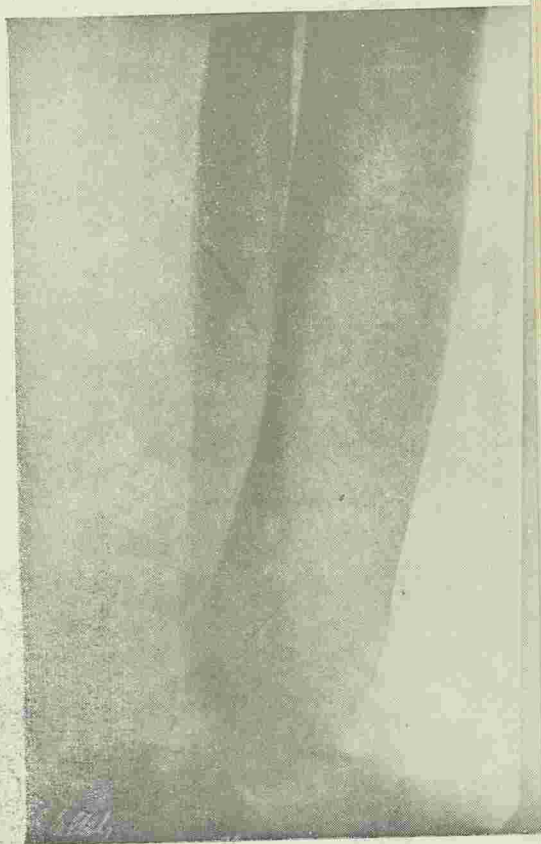


FIG. 5



FIG. 6

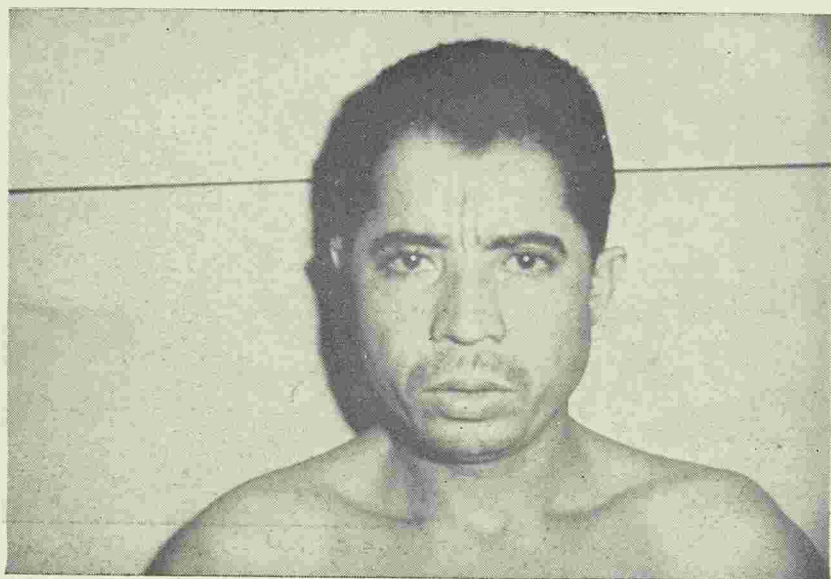


FIG. 7

LABORATOIRE DE L'HEPATROL

4, Rue Platon — PARIS-XV^e

—o—

Produits disponibles dans toutes les Pharmacies de Tunisie

FOIE LYOPHILISE ROLLAND

Tout le contenu cellulaire de l'organe vivant { Flacons de 250 mg injectables
Flacons de 50 mg injectables

ANTIANEMIQUES

ERYTHROTON dragées Antianémique polyvalent
HEPATROL BUVABLE Extrait de foie total
HEPATROL INJECTABLE Extrait de foie total
VITAMINE B. 12 + FOIE Extrait de foie total renforcé B. 12
METHIOFOLINE Lipotrope antianémique

STHENIQUES

ACTIVAROL Tonique général biologique
ACTIVAROL VIT. C. 500 mg Vitamine C potentialisée
ACTIVAROL ENFANTS Médicament de la croissance
DOC-TESTOSTERONE ROLLAND Médication surrénalienne des asthénies
NICICALCIUM Adultes et Enfants Calcithérapie stimulante

HORMONES

SYNERGON Synergies bi-hormonales permettant d'éviter les effets indésirables de chaque hormone employée séparément.
TESTOSTERONE-PROGESTERONE ROLLAND
TESTOSTERONE-FOLLICULINE ROLLAND

HORMONES RETARD ROLLAND

TESTOSTERONE ŒSTRADIOL Diffusion régulière. Imprégnation hormonale constante et prolongée.
TESTOSTERONE RETARD 50 mg
TESTOSTERONE RETARD 100 mg
ŒSTRADIOL RETARD

DIVERS

ASPRIZINE Synergie anti-algique, anti-pyrétique
ASPRIZINE FAIBLE Thérapeutique à doses filées
NOVOSPAROL Spasmolytique de synthèse
PASINIAZIDE Chimiothérapie anti-tuberculeuse
VAGOPROL Sédatif nerveux à action progressive
CYCLONAROL — O.R.L. et Ophtalmologie
CYCLONAROL-PENICILLINE

prêt à l'emploi

TIFOMYCINE SIROP

usage infantile

**Infections
digestives,
mningées,
respiratoires,
chirurgicales**

Posologie moyenne journalière :

nouveau-né non prématuré . . .	3 cuillères à café
à un an	3 cuillères à dessert
à cinq ans	4 cuillères à dessert
à douze ans	4 cuillères à soupe

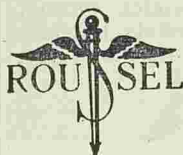
à répartir en trois ou quatre prises
régulièrement espacées

Flacon de 60 cm³ de sirop **parfumé à l'ananas**

Une cuillère à café = 0,125 g de chloramphénicol

Securité Sociale - remboursable à 90%

Collectivités Publiques - agréé



LES LABORATOIRES ROUSSEL

35, boulevard des Invalides, PARIS-VII^e

ALGER : Société algérienne des Laboratoires Roussel, 28, r. Clauzel

CASABLANCA : Société marocaine des Laboratoires Roussel
382, boulevard Mohammed-V

TUNIS : O. S. P., 10, rue Amilcar

Une grosse sonde de modelage est alors introduite à force et laissée en place sortant par l'urètre. La vessie est alors fermée totalement.

En plus des antibiotiques et du P.A.S., le patient est soumis à une corticothérapie assez intense.

La sonde vésicale est laissée dix jours, jusqu'à fermeture de la vessie; la sonde de modelage urétérale un mois.

L'urine recueillie par cette sonde directement du rein malade confirme la disparition totale du B.K.

Le traitement est continué pendant plusieurs mois sous forme de P.A.E. et rimifon per os.

L'urographie de contrôle n'est pratiquée que six mois après pour laisser aux lésions tout le temps de se stabiliser; on constate alors :

- La disparition totale de l'hydronéphrose : le contraste apparaît dès les premiers clichés et dessine des cavités exemptes de toute dilatation.
- La cicatrisation des lésions spécifiques : seule persiste, comme témoin, une légère déformation d'un calice.

Radiologiquement le rein apparaît pratiquement normal.

Peut-on parler de guérison dans la maladie tuberculeuse rénale ?

On ne saurait trop l'affirmer avec circonspection, l'affection n'étant pas une, mais multiple, disséminée à travers le tractus génito-urinaire.

Le seul critère valable reste la disparition du B.K., non seulement à l'examen direct, mais surtout après inoculation au cobaye et culture.

A deux reprises différentes, ces examens ont été pratiqués, six mois et douze mois après l'intervention. Ils se sont révélés constamment négatifs.

Aujourd'hui, seize mois après, le malade a repris son poids et son activité normale. Mais, si nous pouvons en pratique parler de guérison de son rein, nous ne pouvons le faire qu'avec toutes les réserves quant à l'évolution ultérieure de sa maladie tuberculeuse.

L'intérêt de cette observation réside :

1° Dans le fait que nous pouvons actuellement traiter et guérir, médicalement, un rein tuberculeux autrefois voué à la néphrectomie totale.

2° Que le traitement médical a fait apparaître une pathologie nouvelle en matière de tuberculose urinaire, celle purement mécanique

de l'hydronéphrose, liée à la cicatrisation scléreuse des lésions urétérales, mais qui n'en constitue pas moins une grave menace pour un rein qu'on prétendait guérir. C'est pour pallier à ce risque qu'est née toute une chirurgie nouvelle d'ordre plastique.

Il est à noter, que dans les cas moins heureux où le B.K. ne disparaît pas, une néphrectomie complémentaire partielle supprime le foyer tuberculeux, à moins qu'une simple spléotomie n'en vienne à bout.

Notons également le rôle heureux joué par la corticothérapie dans la disparition de la sclérose résiduelle urétérale.

Telle apparaît la tuberculose rénale dans l'un de ses aspects modernes.

TRICHOMYCINE

Licence Fujisawa Pharm Co Ltd  Osaka-Japon

pour le Traitement des Infestations
à **TRICHOMONAS** et **MONILIASES**

Sous l'influence de cet antibiotique, le Trichomonas subit :

- un gonflement plasmatique
 - une désintégration nucléaire
 - la perte de son pouvoir locomoteur
- puis, en quelques secondes,*
- l'éclatement en fines particules

Documentation sur demande :



ANALYSE**Techniques Modernes de Laboratoire**

Professeur R. FAUVERT

— O —

Le Professeur R. FAUVERT et son équipe de médecins, de pharmaciens et de chefs de laboratoire avertis ont composé une nouvelle édition d'un ouvrage d'enseignement « post graduate » qui intéressera aussi bien les directeurs de laboratoire d'analyses médicales, que les médecins praticiens désireux d'être au courant des nouvelles recherches biocliniques réellement utiles.

Un exposé détaillé de techniques, en général très récentes, d'analyse biologique est fait.

Les explications et l'interprétation clinique de ces examens sont indiquées et les rendent efficaces.

Cet enseignement d'un mois de la chaire de Biologie médicale de la Faculté de Médecine de Paris se rapporte à l'étude :

- de l'adénogramme;
- de la mesure des liquides de l'organisme;
- de la cléarence de la B.S.P.;
- des différents procédés d'électrophorèse des protéines;
- des électrolytes du sérum, de l'urée, du fer sérique, de la bilirubine totale par les nouvelles techniques, etc...;
- des transaminases et phosphatases;
- de la coagulation plasmatique (test de tolérance à l'héparine, consommation de prothrombine, etc...);
- des hémoglobines anormales (par la falciformation, la résistance à la dénaturation alcaline, l'électrophorèse sur papier et gel d'amidon);
- des porphyrines urinaires (recherche et dosage), et même de l'iode sérique et de l'iode butylosoluble.

Pour parfaire cet enseignement quelques notes sont même accordées au calcul d'une valeur moyenne et de son écart-type !

Nous sommes persuadés que ce livre excellent et sérieux retiendra l'attention de tous les praticiens et biologistes désireux de se retrouver et de faire le point parmi toutes les nouvelles acquisitions biologiques modernes.

Dr Ch. PEREZ.

**Thérapeutique Vaso - constrictive
des Troubles circulatoires
veineux des deux sexes**

FLUXINE "P"

3 Formes

GOUTTES - DRAGÉES - SUPPOSITOIRES

COMPOSITION

INTRAIT DE MARRON D'INDE DAUSSE, TITRE EN
AESCULOSIDE (Vitamine P) — ALCOOLATURE D'ANÉ-
MONE PULSATILLE (plante fraîche) — NOIX VOMIQUE...

INDICATIONS

Stases Veineuses (Varices - Hémorroïdes - Phlébites) —
Troubles Menstruels (Règles douloureuses, Aménorrhée,
Dysménorrhée) — Troubles Circulatoires de la Ménopause.
Manifestations de la fragilité capillaire (engelures, acro-
cyanose...)

POSOLOGIE

X Gouttes (ou 1 dragée) 3 fois par jour.

Cas douloureux : 100 à 300 gouttes

1 Suppositoire le soir - Cas aigus : 3 suppos. par 24 h.

PRODUITS BONTHOUX
VILLEFRANCHE-sur-SAONE (Rhône)

Société Tunisienne des Sciences Médicales

SEANCE DU VENDREDI 18 NOVEMBRE 1960

ORDRE DU JOUR :

- 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.
- 2° Candidature nouvelle : Dr HASSANI présenté par MM. Ali BOUJENAH et BENBRAHEM.
- 3° Communications :
 - a) M. Victor CORCOS : Maladie de Lobstein ou Ostéopsathyrose (présentation de malade).
 - b) Mme Touhida BEN CHEIKH BEN ZINA et François NACCASCH : Incidence obstétricale des malformations utérines.
 - c) MM. Zouhir ESSAFI, Michel MARTINI et Néjib MOURALI : Sur une étiologie rare des ictères chroniques par rétention : le rétrécissement congénital du cholédoque.
 - d) M. HASSANI : Les Donneurs Universels dangereux en transfusion sanguine.

SEANCE DU VENDREDI 2 DECEMBRE 1960

ORDRE DU JOUR :

- 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.
- 2° Communications :
 - a) M. Georges VALENSI : A propos du syndrome de Stein-Leventhal.
 - b) MM. Georges VALENSI et KARAKO : L'avenir obstétrical des femmes antérieurement césarisées.
 - c) MM. Georges VALENSI, Raoul BRAMI et BENZINEB : La mortalité maternelle à la Maternité de l'Hôpital Charles Nicolle.
 - d) MM. Georges VALENSI et Lucien SAADA : Les chances (ou les risques) de grossesse après tuberculose génitale.

Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

—o—

RECRUTEMENT DE QUATRE MEDECINS TUNISIENS EN LYBIE

L'Ambassade de Lybie a l'honneur de demander le recrutement de quatre médecins tunisiens dont deux radiologues dans les services médicaux de Tripoli et de Ben Ghazi.

Prière d'adresser les candidatures au Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales.

Melleril 10

dragées dosées à 10 mg. de thioridazine

détend le corps et l'esprit

1 à 2 dragées

3 fois par jour aux repas

LABORATOIRES SANDOZ, S. A. R. L. : 6, rue de Penthièvre, PARIS-8^e

Dépositaire général : O. S. P. : 10, rue Amilcar, TUNIS

COURS SUR LES PROBLEMES DE SANTE MENTALE CHEZ L'ENFANT

Le Centre International de l'Enfance offre à la Tunisie une bourse de participation au cours sur les Problèmes de Santé Mentale chez l'Enfant qui aura lieu à Lyon (France) du 2 au 22 octobre 1961.

Les frais de séjour du boursier à Lyon seront entièrement pris en charge par le C. I. E. Ceux de transport entre Tunis et Lyon ainsi que le voyage de retour sont à la charge du Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales.

Ce cours s'adresse à des pédiatres et neuro-psychiatres, des médecins de Santé Publique et d'Hygiène Scolaire.

L'enseignement sera organisé en collaboration avec la Faculté de Médecine de Lyon et les diverses organisations de protection de l'enfance de la région lyonnaise. Il comprendra de courts exposés suivis de discussions actives avec les participants qui sont priés d'apporter une documentation personnelle sur les questions du programme.

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE

COURS DE SANTE MENTALE DE L'ENFANCE

LYON (Rhône), 2 AU 22 OCTOBRE 1961

Participants :

Ce cours s'adresse à des pédiatres et neuro-psychiatres, des médecins de santé publique et d'hygiène scolaire.

Organisation du cours :

L'enseignement sera organisé en collaboration avec la Faculté de Médecine de Lyon et les diverses organisations de protection de l'enfance de la région lyonnaise. Il est placé sous la direction des Professeurs BERNHEIM, DECHAUME et JEUNE.

Il comprendra de courts exposés suivis de discussions actives avec les participants. Ceux-ci sont priés d'apporter une documentation personnelle sur les questions du programme. Plusieurs visites viendront compléter l'enseignement théorique.

L'organisation du cours est confiée au Docteur KOHLER.

AVANT-PROJET DE PROGRAMME

Introduction :

Unité des problèmes de l'enfance inadaptée.
Lutte contre les différents types d'inadaptations de l'enfance.
Problèmes de santé mentale dans les pays en voie de développement.
Le problème de l'enfance inadaptée dans la région Rhône-Alpes :
action des techniciens, des organismes publics et des œuvres privées.

Troubles du caractère et délinquance :

Dépistage et bilan médico-social et pédagogique.
Observations en milieu ouvert et centres d'observation.
Rééducation et psychothérapie.
Mesures préventives et curatives contre la délinquance.

Retard mental :

Arriérations mentales : aspects cliniques, dépistage et traitement.
Formation professionnelle des adolescents retardés mentaux.
Etats frontières entre la débilité mentale et la psychopathie.
Réadaptation de l'enfant débile profond en internat.

Psychoses et démences.

Troubles psycho-moteurs : tics, énurésie, troubles psycho-somatiques.
Retentissement psychique de l'infirmité motrice.
Diminutions physiques.
Epilepsies de l'enfant.
Rééducation des aveugles et des amblyopes.
Hypoacusies et surdités.
Troubles du langage, de l'acquisition de la lecture et de l'écriture.

Problèmes généraux :

Les « cas sociaux ».
Carences affectives.
Associations de parents d'enfants inadaptés. Cercles et écoles de parents.
Liaison et coordination entre services et techniciens divers.

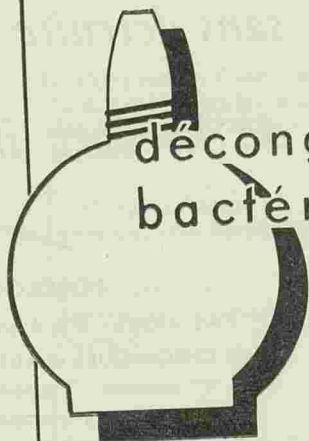
sans toxicité

sans action excitante
sur le système nerveux central

non inscrit au tableau C

BUTOXANE

— au benzododécinium —



décongestif
bactériostatique
nasal

SINUSITES - CORYZAS - RHINOPHARYNGITES

C H A N T E R E A U

P. Cl. 1 S.S.

TUNISIE : SPÉCIMÉDHY, 37, Rue d'Isly - TUNIS

Ampho-Vaccin Intestinal à ingérer

*Ramène à la normale
le microbisme intestinal
dévié
sans détruire l'équilibre
naturel
de la flore intestinale*

POSOLOGIE

CAS AIGUS : 2 à 4 ampoules par jour

CAS CHRONIQUES et AUTO-INTOXICATIONS

1^{re} semaine : 2 ampoules par jour

2^{me} semaine : 1 ampoule par jour

3^{me} semaine : 1 amp. tous les 2 jours

LABORATOIRES RONCHÈSE - NICE

TUNISIE : SPECIMEDHY -- 37, Rue d'Isly -- TUNIS

CALENDRIER DE L'O. M. S.

— 0 —

CONGRES REGIONAUX DES SCIENCES MEDICALES

DATE	LIEU	N O M	BUREAU
AFRIQUE			
Février	Lagos (Nigeria)	Conférence sur les Maladies Infectieuses de l'Age Pré-Scolaire	Renseignements : West African Council for Medical Research, Private Mail Bag 2582, Lagos, Nigeria.
AMERIQUE DU NORD			
9-13 avril	Houston, Texas	35 ^e Congrès des Anesthésistes (I.A.R.S.)	Renseignements : Dr A. W. Friend, 227 Wade Park Manor, Cleveland 6, Ohio, E.-U.
4-10 octobre	Mexico	9 ^e Congrès Latino-Américain de Neurochirurgie	Président : Dr Manuel M. Velasco Suarez, Goldsmitt 233, Mexico 5, D.F.
4-10 octobre	Mexico	5 ^e Congrès Latino-Américain d'E.E.G.	Président : Dr C. Villavicencio. Sec. Gén. : Dr J. Hernandez-Peniche, Niza 11, Mexico 6, D. F.
AMERIQUE DU SUD			
4-8 juillet	Ribeirao Preto, Sao Paulo (Brésil)	4 ^e Congrès de l'Association Latino-Américaine des Sciences Physiologiques	Président : Pr R. Covian. Sec. Gén. : Dr Carlos R. Diniz, Caixa Postal 301, Ribeirão Preto, Estado de Sao Paulo, Brésil.
3-10 sept.	Sao Paulo (Brésil)	7 ^e Congrès Inter-Américain de Radiologie	Président : Dr José M. Cabello-Campos. Sec. : Dr W. Bornfim-Pontes, Rua Marconi 94, Sao Paulo, Brésil.
15-21 oct.	Lima (Pérou)	5 ^e Congrès Pan-Américain d'Endocrinologie	Prés. Cté d'org. : Dr D. Acevedo. Sec. Gén. : Dr M. San Martin, Av. Central 325, San Isidoro, Lima.
	Colombie	3 ^e Congrès Latino-Américain d'Anatomie Pathologique	Président : Pr A. Correa Henao. Renseignements : Lab. de Anatomia Patologica da Escola Paulista de Medicina, Rua Botucatu 720, Sao Paulo, Brésil.

DATE	LIEU	N O M	BUREAU
ASIE			
2-6 janvier	Nouvelle-Delhi	Congrès Asiatique de Pédiatrie	Président : Dr K. C. Chaudhuri. Sec. Gén. : Dr S. K. Bose, Indian Paed. Society, 95 Dilkhusa Street, Calcutta, Inde.
AUSTRALASIE			
29 mai-2 juin	Brisbane (Australie)	Congrès de l'Association Australienne et Néo-Zélandaise pour l'avancement de la Science	Président : Sir Samuel Wadham. Sec. Gén. : Pr J.R.A. McMillan, Faculty of Agriculture, University of Sydney, N.S.W., Australie.
EUROPE			
Printemps	Italie	11 ^e Réunion de la Ligue Européenne d'Hygiène Mentale	Renseignements : Ligue Italienne d'Hygiène Mentale, Via Fornovo 12, Rome, Italie.
7-10 mai	Nice (France)	6 ^e Congrès de la Société de Chirurgie de Méditerranée Latine	Président : Pr Carcassonne. Sec. Gén. : Dr Barraya, 51, rue du Maréchal Joffre, Nice (A.-M.), France.
16-18 mai	Genève	18 ^e Congrès de l'Association des Pédiatres de Langue Française	Président : Dr Fred Bamatter. Sec. Gén. : Dr Albert Mégevand, 2, rue Voltaire, Genève, Suisse.
18-21 mai	Nancy (France)	11 ^e Congrès Français d'Anesthésiologie	Président : Dr J. Verhaeghe. Sec. Gén. : Dr J. M. Picard, Hôpital Central, av. de Latre de Tassigny, Nancy (M.-et-M.), France.
21-23 mai	Paris	22 ^e Congrès de Psychanalystes de Langues Romanes	Sec. permanent : Dr P. Luquet, 54, rue de la Bienfaisance, Paris-8 ^e , France.
21-23 mai	Montpellier (France)	Congrès de la Société de Neuro-Chirurgie de Langue Française	Président : Dr Gros. Sec. Gén. : Pr M. David, 4, rue de Galliéra, Paris-16 ^e , France.
24-27 mai	Berne	19 ^e Réunion de l'Association des Physiologistes de Langue Française	Président : Pr Rijlant. Sec. Gén. : Dr G. Cordier, 16, quai Claude-Bernard, Lyon, France.
25-28 mai	Genève	6 ^{es} Journées Biochimiques Latines	Président : Pr P. Favarger. Sec. Gen. : Dr B. Glasson, Ecole de Médecine, Genève, Suisse.
29-31 mai	Nancy (France)	19 ^e Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française	Président : Pr H. Vermelin. Sec. Gén. : Dr M. Ribon, 1, place Commanderie, Nancy (M.-et-M.), France.

CALMOCARDINE

ERGOTAMINE

Dragées

Sulfate de Quinidine — Phénobarbital
Extraits végétaux associés à la
Papaverine et à l'Ergotamine

**ALGIES
ET DYSTONIES CARDIAQUES
MIGRAINES**

REMBOURSÉ PAR LA SECURITÉ SOCIALE

PRIX CL. 5

LABORATOIRES NOVALIS LYON-OUILLINS

Adultes

3 à 5 cuillerées
à café par 24 h

SIROP

Bébés - Enfants

1 à 3 cuillerées
par 24 h selon âge

ANTI-HISTAMINIQUE DE SYNTHESE

MÉRÉPRINE

P. Cl 3

A ACTION SEDATIVE DOUCE
DE GOUT TRES AGREABLE

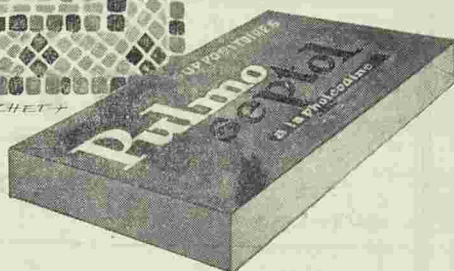
LABORATOIRES TORAUDE — PARIS-V^e

TUNISIE — SPECIMEDHY : 37, Rue d'Isly — TUNIS

AFFECTIONS BRONCHO PULMONAIRES



FREYCHET



Pulmo septol à la pholcodine

LAVA PULMONAIRE

SUPPOSITOIRES ADULTES Boîte de 10

SUPPOSITOIRES ENFANTS Boîte de 10

2 à 4 par jour

Sarbach

CHATILLON - SUR - CHALARONNE (AIN)

DATE	LIEU	N O M	BUREAU
1-3 juin	Turku (Finlande)	13 ^e Congrès Nordique de Pathologie et Microbiologie	Président : Dr Osmo Järvi. Sec. Gén. : Dr J. A. Grön- roos, Kiinanylynkatu 10, Turku, Finlande.
3-15 juin	Turin	Réunion Médico- Chirurgicale Internationale	Renseignements : « Minerva Medica », Corso Bramante 83, Turin, Italie.
3-8 juillet	Montpellier (France)	Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française	Sec. Gén. : Dr P. Cossa, 29, Bd Victor Hugo, Nice (A.- M.), France.
24-29 juillet	Paris	5 ^e Congrès des Méde- cins Radiologistes et Electrologistes de Culture Latine	Président : Dr Coliez. Sec. Gén. : Dr Ch. Proux, 9, rue Daru, Paris-8 ^e , France.
28 août - 2 septembre	Vienne	8 ^e Congrès de la Société Européenne d'Hématologie	Président : Pr A. Hittmair. Sec. Gén. : Pr H. Fleischhac- er, Frankg. 8, Vienne, IX., Autriche.
13-16 sept.	La Haye	3 ^e Conférence de la Section Clinique Eu- ropéenne de l'Associa- tion Internationale de Gérontologie	Président : Pr L. van der Horst. Sec. Gén.-Trés. : Mr. A.J.S. Douma, Haanplein 8, La Haye, Pays-Bas.
21-23 sept.	Paris	23 ^e Congrès Français de Médecine	Président : Pr Vallery-Ra- dot. Rens. : Pr P. Delore, Faculté de Médecine, Lyon, France.
26-30 sept.	Paris	6 ^e Congrès Européen de Médecine Aéronautique	Président : Dr Grandpierre. Rens. CERMA, 5 bis, av. de la Porte de Sèvres, Paris- 11 ^e , France.

MOYEN-ORIENT

5-7 mai	Beyrouth	11 ^e Assemblée Médicale du Moyen- Orient	Président : Dr Raif E. Nassif, Université Américaine, Bey- routh, Liban.
---------	----------	---	--

REGION DU PACIFIQUE

21 août - 6 septembre	Honolulu (Hawaï)	10 ^e Congrès Scienti- fique du Pacifique	Président : Dr L. H. Snyder. Sec. Gén. : Dr H. J. Coolidge, Bishop Museum, Honolulu 17, Hawaï.
--------------------------	---------------------	--	---

Traitement local et général des urétrites et vaginites à *Trichomonas vaginalis*

FLAGYL

8823 R. P. (hydroxy-2' éthyl)-1 méthyl-2 nitro-5 imidazole

VOIE BUCCALE :

Comprimés dosés à 250 mg
Flacon de 20

TRAITEMENT LOCAL :

Comprimés gynécologiques dosés à 500 mg
Flacon de 10

CHEZ L'HOMME :

Traitement par voie buccale : 2 comprimés à 250 mg
par jour pendant 10 jours consécutifs.

CHEZ LA FEMME :

Traitement local : 1 comprimé gynécologique à 500 mg
le soir pendant 10 à 20 jours.

Compléter, éventuellement, par un traitement par voie
buccale aux mêmes doses que chez l'homme.

SOCIÉTÉ PARISIENNE
RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC

UNIVERSITE DE PARIS — FACULTE DE MEDECINE

Chaire de Clinique des Maladies Métaboliques — Hôpital Necker

Professeur J. HAMBURGER : 149, Rue de Sèvres, Paris-15^e

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA NEPHROLOGIE

les lundi 15, mardi 16 et mercredi 17 mai 1961

Il est recommandé de s'inscrire assez à l'avance, le nombre des participants étant limité. Pour tous renseignements s'adresser au Docteur J. CROSNIER, Hôpital Necker, 149, rue de Sèvres, Paris-15^e.

LUNDI 15 MAI 1961 : Les Néphropathies Glomérulaires.

MATIN — 9 h. 15 : Introduction (M. J. Hamburger). — 9 h. 30 : Rappel sur la structure et la physiologie normales du glomérule (M. P. Michielsen) - Discussion (M. H. Latta). — 10 h. : Principaux aspects morphologiques des néphropathies glomérulaires (Mlle H. de Montera et M. P. Galle). — 11 h. : Les glomérulo-néphrites : données expérimentales et conceptions pathogéniques (M. B. Antoine). — 11 h. 45 : La glomérulo-néphrite aiguë : problèmes étiologiques et pronostic (M. P. Milliez) - Discussion (M. P. Royer) — Déjeuner.

APRÈS-MIDI — 14 h. : Les glomérulo-néphrites malignes (M. R. Slama et M. J. P. Maurat). — 14 h. 30 : Les glomérulo-néphrites avec hématuries récidivantes (M. G. Richet). — 15 h. : Localisations glomérulaires des maladies générales (M. J. L. Funck-Brentano et M. J. Vantelon). — 16 h. : Indications et limites des traitements anti-infectieux dans les néphropathies glomérulaires (M. H. Mathieu). — 16 h. 30 : Indications et limites de la corticothérapie dans les néphropathies glomérulaires (M. J. Ph. Méry et M. F. Josso). — 17 h. 30 : Réunion de la Société de Néphrologie : L'exploration fonctionnelle rénale : techniques et interprétation (Rapport du Prof. F. Reubi).

MARDI 16 MAI 1961 :

MATIN — **Physiologie** — 9 h. 15 : Comment le néphrologue peut-il se représenter aujourd'hui les mécanismes d'excrétion rénale de l'eau et du sel ? (M. M. Legrain). — 10 h. : L'érythropoïétine rénale - Colloque (MM. G. Richet, R. Ardaillou, P. Boivin, G. Lagrue, J. P. Naets et Y. Najean). — 11 h. : Données récentes sur l'hypertension expérimentale d'origine rénale (M. H. Ducrot) — Déjeuner.

APRÈS-MIDI — **Sémiologie** — 14 h. : L'exploration fonctionnelle des acidoses rénales (M. P. Royer). — 14 h. 15 : Examens biologiques permettant de rattacher une néphropathie au lupus érythémateux disséminé (M. M. Seligmann). — 15 h. 30 : La biopsie rénale dans l'hyper-

tension artérielle dite essentielle (M. P. Samarcq). — **Les maladies** - 16 h. 15 : L'hyperaldostéronisme primaire (M. R. Mach).

MERCREDI 17 MAI 1961 :

MATIN — **Les maladies** (suite) — 9 h. 15 : La Protéinurie orthostatique (MM. J. Crosnier, J.-Ph. Méry, J. Berger et A. Milhaud). — 10 h. : L'insuffisance rénale des pancréatites aiguës (M. G. Richet et M. J. Dormont). — 10 h. 30 : Les accidents aigus de la maladie polykystique du rein : indications chirurgicales dans cette affection (M. R. Couvelaire). — **Les traitements** - 11 h. 30 : Traitement médical de la tuberculose rénale (M. R. Wolfrohm) — Déjeuner.

APRÈS-MIDI — 14 h. : Conduite du traitement dans la goutte avec lithiase rénale (M. J. Cottet). — 14 h. 45 : Conduite générale du traitement médicamenteux dans l'hypertension artérielle permanente (M. J. Traeger). — 15 h. 45 : Etat actuel des indications et techniques de l'épuration extra-rénale (MM. B. Antoine, J. Crosnier, J. Dormont, H. Ducrot, J. L. Funck-Brentano, M. Legrain, G. Richet et M. Weiss). — 16 h. 45 : Conclusions.

— o —

UNION INTERNATIONALE DE THERAPEUTIQUE

7^e Congrès — Genève 6, 7 et 8 octobre 1961

—Le 7^e Congrès de l'Union Internationale de Thérapeutique aura lieu à Genève, les 6, 7 et 8 octobre 1961, à l'Aula de l'Université, sous la présidence du Professeur G. BICKEL, Directeur de la Clinique Médicale Universitaire de Genève. Ce Congrès sera uniquement consacré aux sujets suivants : **Les Ferments en Thérapeutique : Trypsine et chymotrypsine - Enzymes fibrinolytiques - Inhibiteurs de la monoamino oxydase - Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique - Inhibiteurs d'hormones.**

Renseignements et inscriptions auprès du Secrétaire Général du Comité d'Organisation : Dr P. RENTCHNICK, Case Postale 229, Genève 4.

— o —

TRAITEMENT EN PROFONDEUR DES ÉPIDERMOPHYTIES

TOLÉRANCE PARFAITE

DÉTRISOL

ANTIFONGIQUE POLYVALENT

EMPLOI FACILE

ODEUR AGRÉABLE

MYCOSES DU PIED (athlete's foot)
MYCOSES DES ONGLES ET DES ESPACES
INTERDIGITAUX

MYCOSES DES PLIS (eczéma marginé de Hébra,
érythrasma)

ÉPIDERMOMYCOSES ECZÉMATISÉES ET
INFECTÉES

Après nettoyage journalier à l'alcool,
application biquotidienne par friction jusqu'à
pénétration complète.

Traitement à poursuivre deux semaines
après guérison apparente.

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

HARVEY &

51, RUE DE LISBONNE - PARIS-8^e

8, Passage de la Monnaie - TUNIS
TUNISIE - Agence Pharmaceutique Française

CARDIAC PACEMAKER

STIMULATEUR CARDIAC AUTOMATIQUE

—o—

DEFIBRILATEUR

—o—

CAPTEUR DE PRESSIONS CARDIO-VASCULAIRES

UNITE ELECTRONIQUE

AMPLIFICATEUR ELECTROCARDIOGRAPHIE

POLYSCOPE POUR CONTROLE PERMANENT

ENREGISTREUR DES MESURES PHYSIOLOGIQUES

—o—

ET TOUS LES APPAREILS POUR L'EQUIPEMENT
MODERNE DES SERVICES SPECIALISES DES HOPITAUX.
AVEC UN MATERIEL DE HAUTE QUALITE,
UNE SELECTION DE MARQUES.

—o—

SCIENCE & MEDECINE

S. A. R. L. 43, AVENUE DE PARIS - TUNIS

Télépho ne : 244 691

—o—

ETUDES & INSTALLATIONS

SEMAINE CARDIOLOGIQUE INTERNATIONALE

organisée par le Professeur LIAN

La 14^e Session aura lieu du jeudi 11 mai au mercredi 17 mai 1961
à l'Hôpital Broussais, dans le Service du Professeur SOULIÉ

Chaque jour, d'éminents cardiologues français et étrangers font sept conférences d'une demi-heure, suivies chacune d'un quart d'heure consacré aux questions posées par les auditeurs et aux réponses du conférencier, faites dans l'amphithéâtre. En outre, à la fin de chaque matinée, une présentation de malades cardio-vasculaires.

Une soirée théâtrale est offerte aux conférenciers et aux auditeurs.

Le dernier jour, visite d'un Laboratoire Pharmaceutique suivie d'un déjeuner.

Un certificat est remis aux médecins inscrits.

Une Exposition pharmaceutique est organisée au voisinage de l'amphithéâtre des cours.

Une réduction de 20 % sur les chemins de fer français est consentie par la S.N.C.F. aux médecins inscrits à la Semaine.

Droits d'inscription : 40 NF. (4.000 anciens francs) en un chèque bancaire ou postal, libellé au nom du Professeur LIAN (Paris, 5913-30), adressé à Madame la Secrétaire, à l'Hôpital de la Pitié, 83, Boulevard de l'Hôpital, Paris-13^e.

En s'inscrivant, demander à la Secrétaire du Professeur les fichets de réduction (1 ou 2 par médecin) accordés par la S.N.C.F.

CONGRES DE LA SOCIETE ROYALE DE LA SANTE

La Société Royale de la Santé vient d'inviter le Gouvernement tunisien à déléguer des représentants à son Congrès annuel qui se tiendra à Balckpool (Angleterre) du 24 au 28 avril 1961.

D'importants sujets se rapportant à la Santé Publique seront discutés, notamment la nutrition, l'éducation sanitaire, la Santé Mentale, la Médecine préventive et la protection contre les radiations.

Le Dr M. G. CANDAU, Directeur Général de l'O.M.S. présentera un rapport sur les « Progrès Sanitaires réalisés dans le monde ».

Le programme prévoit également des visites dans les hôpitaux, dans les institutions de l'énergie atomique, des entreprises d'approvisionnement en eau et dans d'autres établissements présentant un intérêt sanitaire. Une exposition sanitaire permettra aux participants de se rendre compte des dernières acquisitions en matière d'équipement.

— 0 —

Collège de médecine et enseignement médical des Hôpitaux de Paris

Un Cours de Pneumologie aura lieu du 2 au 14 mai 1961 sous la direction du Professeur Agrégé André MEYER, médecin chef du Service de Pneumo-Phtisiologie de l'Hôpital Boucicaut.

Ce Cours fera suite au Cours de Bronchologie dirigé par MM. SOULAS, LEMOINE et MOUNIER-KUHN.

Les auditeurs du Cours sont invités à participer aux Journées Médico-Chirurgicales de Pneumo-Phtisiologie qui auront lieu les 11 et 12 mai à l'Hôpital Laennec, sous la direction de MM. Etienne BERNARD, R. EVEN et J. MATHEY.

Le Cours comprendra :

1° Un enseignement pratique avec participation tous les matins à l'activité du Service de l'Hôpital Boucicaut.

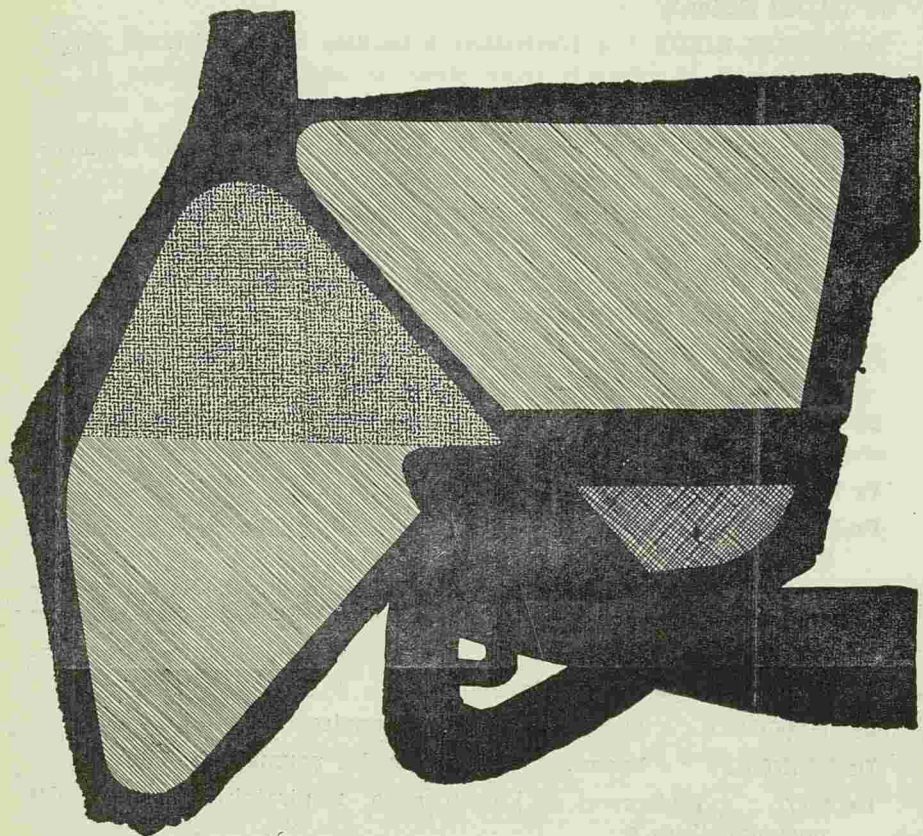
— 0 —

2° Un enseignement théorique :

Pr Etienne BERNARD, Dr ISRAEL : « Bronchite chronique et mucoviscidose ».

- Pr Ag. André MEYER : « Staphylococcies pulmonaires ».
- Pr DADDI (Milan).
- Pr GERNEZ-RIEUX : « L'infection à bacilles acido-résistants atypiques ».
- Pr TURIAF : « Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann ».
- Dr Olivier MONOD : « Indications et résultats des résections segmentaires et économiques ».
- Dr J. P. NICO : « Bronchographie lipiodolée. Documents bronchoscopiques ».
- Pr J. DELARUE : « Considérations sur l'anatomie pathologique des cancers broncho-pulmonaires ».
- Pr Ag. André MEYER : « Causes et traitement du pneumothorax spontané non tuberculeux ».
- Dr G. CANETTI : « Origines et conséquences de la notion de résistance du bacille de Koch à la médication anti-bacillaire ».
- Pr LENEGRE : « Le poumon cardiaque ».
- Pr R. EVEN : « Maladies pulmonaires par agressions physiques et chimiques ».
- Pr M. BARIETY et Pr C. COURY : « Tumeurs du médiastin et médiastinographie gazeuse ».
- Mlle le Dr BRILLE : « Fonction respiratoire dans la bronchite chronique et emphysème pulmonaire ».
- Dr THEROND : « Allergie broncho-pulmonaire ».
- Dr TRINQUET : « Examens fonctionnels des poumons. ». Films.
- Dr LIOT : « Traitement de l'insuffisance respiratoire au cours des pneumopathies ».
- Dr J. CHRETIEN : « Méthodes de diagnostic histologique et cytologique des tumeurs bronchiques ».
- Dr BRUNEL : « Pneumonie atypique ».
- Dr PESLE : « Mycoses pulmonaires ».

Les droits d'inscription au Cours sont fixés à 60 NF. Pour renseignements et inscriptions, s'adresser : Secrétariat du Service de Pneumologie de l'Hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention, Paris.



Un cholérétique majeur

granulé infantile
insuffisances hépatiques
allergies - prurigo - prurits

**comprimés
injectable**
séquelles d'ictères
troubles hépato-digestifs
allergies - migraines

gran. - S.S. AMG p. cl. 3
compr. - S.S. AMG p. cl. 6
amp. - S.S. AMG p. cl. 6

HEBUCOL

Logeaus

inhibe l'allergie hépatique



ISSY-LES-MOULINEAUX

O. S. P. : 10, Rue Amilcar — TUNIS

LIVRES REÇUS.**Techniques Modernes de Laboratoire,**

Professeur FAUNER.
Edit. Exp.

Actualités Pédiatriques,

Professeur Marcel LELONG.
Edit. Exp.

Le Gérant : Docteur AMOR KHALFAT

Imp. BASCONE & MUSCAT : 41, Avenue de Londres — TUNIS



colimycine

*Le plus puissant
des antibiotiques
contre les germes Gram
négatifs*

infections gastro-intestinales

COMPRIMÉS

250.000 U. flacon de 30

P. cl. 26

1.500.000 U. flacon de 10

P. cl. 50

infections générales

AMPOULES

500.000 U.

P. cl. 5

1.000.000 U.

P. cl. 8

Laboratoire
ROGER BELLON
Neuilly - Paris



TUNISIE : Ets H. BONAN et Cie — 34, Rue de Marseille — TUNIS

sirop

de gluconate

de

potassium
egic

Sel organique, hautement dissociable.

Assimilé sans effets secondaires, l'anion gluconate ne provoque aucune élévation de la chlorhydrie.

Bonne tolérance digestive.

Prise facile et goût agréable.

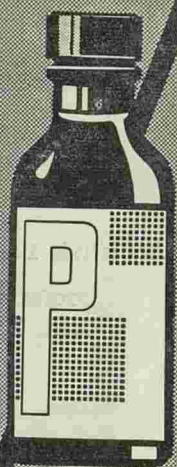
Flacon de 90 ml - P, Classe 4 - Remb. S.S.

POSOLOGIE :

Enfant : (selon l'âge) 1 à 8 cuillerées à café par jour.

Adulte : 3 à 6 cuillerées à dessert par jour.

(une cuillerée à café contient 0,125 g d'ion potassium, ce qui équivaut à 0,250 g de chlorure de potassium).



L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE S.A. COMMENTRY (Allier)

WD

LA TUNISIE MÉDICALE

TABLE DES MATIERES

1960

TABLE DES MATIÈRES

1960

	Pages
A bcès du poumon (traitement)	47
Aménorrhée primaire et épistaxis ayant cédé à une exploratrice	211
Amylose spléno-réno-surrénalienne chez un enfant de cinq ans.	
Considérations pathogéniques	177
Asthme de l'adulte (premiers résultats du traitement par une combinaison d'histamine et de gamma-globuline)	187
B ilharziose urétérale (à propos de deux observations)	375
C ancers (traitement des cancers : épithéliomas, leucémies, sarcomes, directives médico-chirurgicales)	549
Césarisées (avenir obstétrical des femmes antérieurement césarisées)	449
Chlorome avec métastase cardiaque chez un enfant de 8 ans ..	153
Coma myxoédémateux (relation d'un cas guéri)	11
Convulsions du nourrisson (la pyridoxine dans le traitement des convulsions du nourrisson. A propos d'un cas d'intoxication aiguë par l'Isoniazide)	285
Corps étrangers (l'extraction des corps étrangers des voies aériennes par voie trachéale basse : Trachéotomie)	167
Cyclosérine (épilepsie focale et cyclosérine : une observation anatomo-clinique)	573
D iarrhées infectieuses	233
Dilatation bronchique après primo-infection tuberculeuse . . .	361
Dilatation des bronches (notions nouvelles sur la dilatation des bronches)	73
Donneurs universels dangereux	697
Dysuriques (interventions sur le carrefour uréthro-prostatique : réflexions tirées de 157 interventions)	527
E pilepsie focale et cyclosérine : une observation anatomo-clinique	573

	Pages
Glycémique (cycle glycémique vis-à-vis de « l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée et de la glycémie à jeun »)	199
Hypertendu jeune (conduite à tenir)	877
Intoxication mortelle par la codéine chez un enfant de 18 mois . .	627
Intoxication par la théophylline rectale chez le jeune nourrisson (à propos d'un cas)	279
Intoxication par le thiophosphate de diéthyl et de paranitrophénol en Tunisie	535
Kyste hydatique du Psoas	193
Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires (à propos de quelques observations)	347
Laboratoire (techniques modernes de laboratoire)	725
Leucose aiguë chez un mongolien de deux ans porteur de malformation cardiaque et de hernie diaphragmatique du côlon	619
Lutte antituberculeuse (dépistage bactériologique de masse rapide et efficace en vue de l'éradication des foyers d'infections) . .	57
Maladie de Lobstein ou Ostéopsathyrose	545
Maladies mentales (travail — Conférence faite à l'Université Nouvelle le 12 février 1960)	107
Malformations utérines (retentissement des malformations utérines sur la grossesse et l'accouchement)	437
Méningite tuberculeuse et son traitement (analyse)	398
Mortalité maternelle à la Maternité de l'Hôpital Ch. Nicolle	471
Myxœdémateux (coma myxœdémateux : relation d'un cas guéri)	11
Néphropathies gravidiques	661
Neuroleptique majeur : le 7843 R.P. (premiers résultats en Tunisie) . .	513
Pachydermopériostose (maladie de Touraine : une observation) . .	715
Pancréatites chroniques de l'adulte (analyse)	313
Protection maternelle et infantile (croissance pondérale d'un groupe de nourrissons dans un centre urbain - Tunis)	271
Protection maternelle et infantile (problèmes d'assiduité, de morbidité et de mortalité des nourrissons fréquentant les dispensaires urbains de P.M. I. - Tunis)	255
Psychiatrie (l'accueil en psychiatrie : le rôle de la radio du Service)	711

	Pages
Psychiatrique (organisation et la marche d'un Service psychiatrique : réflexions)	701
Pyridoxine dans le traitement des convulsions du nourrisson (à propos d'un cas d'intoxication aiguë par l'Isoniazide)	235
R adiographique (technique radiographique du tube digestif en général et du grêle en particulier)	611
Résérpine (ascorbate de résérpine en Médecine générale : indications actuelles et effets thérapeutiques)	400
Rétrécissement aortique orificiel (étude clinique radiologique et électrique)	91
S érologie (quelques statistiques)	683
Sténose complète du pylore consécutive à l'absorption volontaire de produits caustiques (à propos de deux cas)	355
Syndrome de Stein-Leventhal	413
T oxicophilies (considérations des aspects évolutifs des toxicophilies en Tunisie)	601
Troubles mentaux (la méthode épidémiologique dans l'étude des troubles mentaux)	553
Tuberculose rénale (chirurgie plastique de l'uretère dans la tuberculose rénale)	719
Tuberculose génitale (les chances ou les risques de la grossesse après tuberculose génitale)	489
Tuberculose pulmonaire (premiers résultats du traitement par le Tréacator)	47
Tuberculose pulmonaire (problème de l'assiduité dans le traitement extra-hospitalier)	23
U lcère duodéal à symptomatologie tumorale (trois cas)	593

TABLE DES AUTEURS

1960

Docteurs :	Pages
ABDELMOULA M.	361.
AMMAR Sleim	601.
BEN BRAHEM R.	255, 271, 285, 297.
BEN NACEUR M.	91, 144.
BEN SALAH M.	361.
BENZINA-BENCHEIK	437.
BENZINEB	471.
BLOCH E.	361.
BONO	167.
BOUHAHA M.	279.
BOUJENAH J.	361.
BOUJNAH A.	683.
BRAMI R.	471.
CHADLY Amor	153, 375, 549.
CHARBAGI B.	527.
CHAULET Pierre	23, 573.
COHEN E.	719.
COHEN H.	715.
CORCOS V.	153, 545, 619, 627.
DARMOUNI E.	715.
DELARUE Jacques (Paris)	73.
EL GHARBI B.	361.
FOURATI M.	347.
HADDAD N.	11.
HAGEGE A.	593.
HALFON S.	361.
HAMZA B.	177, 233, 279, 398
HASSANI A.	697.

Docteurs :	Pages
HELDT (Mile)	153.
HUET M.	233.
JAVELAUD G.	375.
JEDIDI H.	233, 279.
KAMOUN A.	53.
KARAKO	449.
KAROUI	167.
KCHOUK M.	535.
LEVY L.	107, 513, 553, 555, 701, 711.
MAAREK T.	513, 701.
MAHERZI H.	177.
MAZOUN M.	211.
M'BAREK E.	601.
MESTIRI S.	347, 355, 375.
MILLIEZ (Prof. - Paris)	661, 677.
MOATTI L.	167.
MOURALI N.	193.
NACCASCH F.	437.
PEREZ Ch.	57, 199, 725.
RAVINA A. (Paris)	400.
SAADA L.	489.
SAFFAR A.	11, 313.
SAIDI A.	193.
SEROPIAN A.	355.
SFERLAZZA	167.
TABBANE Ch.	153, 627.
TIBI R. Ch.	715.
TRAPLOIR	611.
VALENSI G.	413, 449, 471, 489.
VANDELICH M.	11.
ZAIMI A.	47.
ZERAH Ch.	11.
ZIRAH P.	375.

Le Gérant : Docteur AMOR KHALFAT

Imp. BASCONE & MUSCAT : 41, Avenue de Londres — TUNIS

